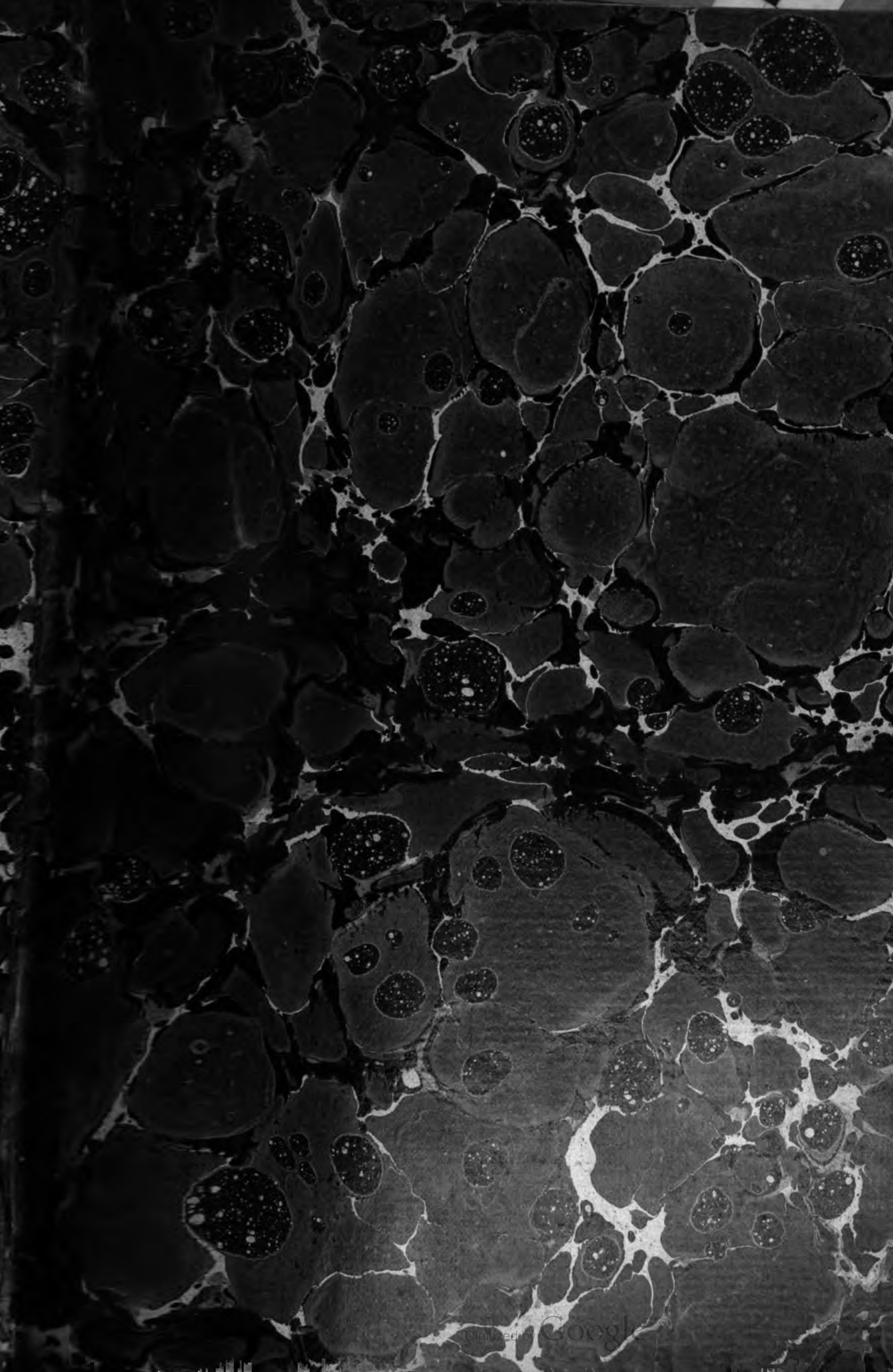
J. III 10	Nach 30 Tagen Recidiv durch Trichlor.
J. IV 37	1‰ Spülung 0,5 % Arg.-Inj.
W. III 120	Pat. heirat. 9 Tage post. infect.
W. III 26	Sehr schmerzhaft, blutige Sekretion.
S. IV 26	Anfangs nur Wasserspülung.
Sch. IV 14	War 19ter Tripper d. Pat. 0,5 % Arg.-Injekt.
M. IV 18	Zuerst 7 Tage post infect. Sekret bemerkt. Am 3. T. d. B. noch Degenerationsform. Gk
Fr. IV 24	Recidiv nach 14 Tagen.
Sch. IV 68	Recidiv nach 3 Wochen. Radfahren.
H. III 135	Dauernd frei von Gonokokken.
M. IV 5	Recidiv nach 4 Wochen. Coit.!
v. K. IV 43	Gonokokken mit mäfsigem Sekret auf ant. bechr.
	agen Degene- n Gonokokken.
	n Urinfaden ohne retion.
K. III 18	Dauernd frei von Gonokokken.

Monatshefte für praktische Dermatologie



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

ACHTZEHNTER BAND.

1894.

JANUAR BIS JUNI.

MIT FÜNF TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1894.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Versammlungen.

Besprechungen.

Seite

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

b. Physiologisches.

c. Mikroskopische Technik.

d. Bakteriologisches.

e. Hygienisches.

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

g. Pharmakologisches.

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

II. Neurotische.

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

β. Tuberkulose.

γ. Syphilis.

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

b. der Cutis.

C. Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

II. Benigne.

III. Pigmentanomalien.

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

II. Spezifische.

E. Idioneurosen.

F. Sekretionsanomalien.

(Vacat.)

G. Saprophyten und Fremdkörper.

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

e. Labien, Vagina etc.

(Vacat.)

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

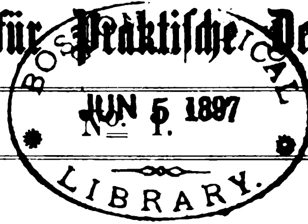
Verschiedenes.

IV. Notizen.

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. Nº 1. 1. Januar 1894.



Aus dem Laboratorium der Privatklinik für Hautkrankheiten von Dr. J. Neuberger in Nürnberg.

Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut.

Von

cand. med. Albert Reizenstein.

(Mit Tafel I.)

Seitdem J. Neumann[1] senile Veränderungen der menschlichen Haut in Form einer feinkörnigen Trübung, senilen Verschrumpfung und glasartigen Verquellung nachgewiesen hat, sind bis in die neueste Zeit keine Untersuchungen über diesen Gegenstand erfolgt, vielmehr haben die von Neumann konstatierten Befunde in allen Lehrbüchern der pathologischen Anatomie Eingang gefunden.

Erst vor zwei Jahren veröffentlichte Martin B. Schmidt[2] neuere Untersuchungen über diesen Gegenstand, die zu wesentlich anderen Ergebnissen führten.

Während Neumann die Altersveränderungen auf Schrumpfungsprozesse der Bindegewebszellen bezog und die kollagenen Bildungen und feinkörnige Trübung auf Veränderungen des fibrillären Bindegewebes zurückführte, zeigte Schmidt, daſs es sich hauptsächlich um einen Zerfall der elastischen Fasern handele.

„In Kürze zusammengefaſst“, so sagt Schmidt, „gestaltet sich der Umwandlungsprozeſs also derart, daſs durch Atrophie der kollagenen Bindegewebsbündel das elastische Netz sich dichter schlieſst und die nahe aneinander rückenden Fasern stark gewunden werden, daſs an letzteren selbst dann hyaline Aufquellung und Schollenbildung durch ungleichmäſsige Verdickung oder durch Zusammenrollen der gequollenen Fasern und körniger Zerfall nebeneinander hergehen; der letztere Prozeſs führt zur Konfluenz der Fasern, zur sekundären hyalinen Umwandlung und

[1] Über die senilen Veränderungen der menschlichen Haut, von Dr. J. Neumann. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1869. 1. Jahrg. Heft 1.

[2] Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut, von Martin B. Schmidt. *Virch. Arch.* 1891. Bd. 125. Heft 2.

zur Entstehung der gröfseren homogenen Bezirke, die sich schliefslich über die ganze Cutis ausdehnen können."

Die sehr genaue und die kleinsten Details skizzierende Abhandlung SCHMIDTS enthält leider keine Abbildung, so dafs es oft schwer wird, sich ein klares Bild der Veränderungen zu entwerfen.

In allerjüngster Zeit nun, in dem Ende Mai dieses Jahres erschienenen 4. Hefte des *Archiv für Dermatologie und Syphilis* erwähnt DU MESNIL DE ROCHEMONT in einer Abhandlung: „Über das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut", dafs er bei der Untersuchung der senilen Atrophie und der Verruca senilis: „Veränderungen der Fasern selbst (hyaline Quellung, Zerfall in glänzende Kügelchen), wie sie SCHMIDT beschreibt", in seinen Präparaten nicht hat nachweisen können.

Aus diesem Grunde durfte eine Nachuntersuchung der SCHMIDTschen Befunde wohl geboten erscheinen, der ich mich auf Aufforderung des Herrn Dr. NEUBERGER unterzog.

Zur Verfügung stand mir zahlreiches Leichenmaterial aus der Sammlung des Herrn Dr. NEUBERGER von Personen aus verschiedenstem Lebensalter stammend und darunter speziell Haut aus der Wangengegend älterer und sehr alter Personen, ferner Gesichtshaut von mehreren zumeist alten Personen (durch die Güte des Herrn Prof. GERLACH aus dem anatomischen Institut zu Erlangen) und schliefslich Hautstücke von sechs im Alter von 18, 26, 28, 46, 47, 54 und 55 Jahren stehenden Individuen aus den verschiedensten Gegenden des Körpers einschliefslich der Gesichtshaut, die mir durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. WEICHSELBAUM von der Prosektur des Wiener Rudolphspitals zugänglich waren.

Der Hauptsache nach wurden meine Untersuchungen vermittelst der von TAENZER[3] angegebenen Orceïnmethode vorgenommen, die im Gegensatz zu sämtlichen anderen älteren Färbungsmethoden der elastischen Fasern, auf welche ich hier nicht näher einzugehen brauche, da sie ja in den neueren Arbeiten über elastische Fasern und in der SCHMIDTschen Abhandlung zur Genüge angeführt sind, zu immer brauchbaren, ja vorzüglichen Resultaten führt, die aber SCHMIDT noch nicht bei seinen Untersuchungen benutzt hatte. Untersuchungen an frischen, ungefärbten Präparaten wurden auch vorgenommen (Aufquellen durch 40% Kalilauge) führten aber nicht zu so günstigen Resultaten wie die Orceïntinktionsmethode. Gute Resultate erzielte ich auch dann, wenn ich die Schnitte erst in konzentrierter wässeriger Fuchsinlösung färbte und dann mit 40% Kalilauge behandelte. Ich will an dieser Stelle gleich erwähnen, dafs sich bei meinen Untersuchungen herausstellte, dafs auch eine kurze, etwa

[3] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. 11. pag. 366.

halbstündige Färbung der in MÜLLERscher Lösung oder Alkohol gehärteten und dann mit der UNNAschen Säuremischung[4] entfärbten Präparate (immer nur Orceïn GRÜBLER, da das von MERK bezogene sich nicht brauchbar erwies) vollständig genügte, um eine sichere elektive Färbung der elastischen Fasern hervorzurufen. Durch Nachfärben in LÖFFLERschem Methylenblau (10—15 Sekunden) kann man eine prächtige Doppelfärbung erzielen.

Meine Untersuchungen bestätigten nun im wesentlichen die Angaben SCHMIDTS.

In der Wangenhaut alter Personen zeigte sich bei Färbung mit Orceïn und Nachfärbung mit LÖFFLERschem Methylenblau, daſs die oberste Schicht der Cutis von hochgradigen, normaler Haut fremden Veränderungen eingenommen ist. An Stelle der in normaler Wangenhaut vorhandenen zahlreichen, vielfach gewundenen und verflochtenen, immer deutlich streckenweise zu verfolgenden, stark rot tingierten einzelnen zarteren und dickeren elastischen Fasern befand sich hier eine dicke, intensiv rotbraun gefärbte Schicht, die bei schwächerer Vergröſserung fast homogen aussah, bei stärkerer Vergröſserung und bei Ölimmersion oft gar keine genauere Struktur von einzelnen elastischen Fasern erkennen lieſs, sondern aus zahlreichen, gequollenen Massen zusammengesetzt erschien, die oft nur am Rande gegen die Epidermis und den Papillarkörper zu noch einzelne elastische Fasern wahrnehmen lieſsen. In einzelnen noch nicht so hochgradig veränderten, aber doch schon ein ähnliches Bild aufweisenden Fällen zeigten sich einzelne stark gekrümmte, schleifenförmige elastische Fasern, die zumeist noch den intensiven Orceïnfarbenton angenommen hatten, seltener nur schwach tingiert waren. Neben diesen deutlichen elastischen Fasern sah man zahlreiche, bald ganz kleine, bald gröſsere Körner und Krümel, sowie Fasern, welche kurz und an einzelnen Stellen verdickt oder verdünnt waren. Es war unschwer, zu erkennen, daſs die eben erwähnten, braunroten, jeder Struktur entbehrenden, auf Fig. 1 abgebildeten Massen (das Präparat ist aus der Wangenhaut einer 40jährigen Frau) so zu erklären waren, daſs durch Aufquellung und späteren Zerfall der Fasern in kleine Körner und durch Konfluenz dieser aufgequollenen Fasern und körnerartigen Zerfallsprodukte homogene, glasartige, verquollene und, wie die Färbung bewies, hyaline Bezirke entstehen.

Nicht immer, jedoch recht zahlreich fanden sich in der eben geschilderten Schicht schon bei schwacher Vergröſserung sichtbare, bei Ölimmersion aber sehr deutlich hervortretende, ganz eigenartige gröſsere und kleinere, rundliche oder langgestreckte, bald cylinderförmige, bald ganz formlose schollige Körper, welche die

[4] UNNA, Notiz, betreffend die TAENZERsche Orceinfärbung des elastischen Gewebes. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. 12. pag. 394.

Anordnung aufwiesen, dafs ihr Zentrum zumeist mattblau gefärbt war, ihre Peripherie von einem sehr stark tingierten Grenzsaum eingenommen wurde, welch letzterer oft noch die Struktur einer verdickten elastischen Faser erkennen liefs (cfr. Fig. 2 aus der Barthaut eines 28jährigen männlichen Individuums). Hervorheben möchte ich noch, dafs diese Körper von einer recht schwach gefärbten Zone umgeben waren, welche nur geringe, zerfallene elastische Fasern aufwies. Diese Erscheinung glaube ich so deuten zu dürfen, dafs zur Bildung dieser Klumpen das elastische Gewebe der Umgebung konfluiert. Hie und da zeigten sich speziell bei den runden Schollen eigentümliche, hilusartige Einziehungen (Fig. 2), wie sie SCHMIDT ausführlich schildert. An denjenigen Stellen, wo mehrfach Schollenbildung vorhanden ist, sieht man aufserhalb der schwach gefärbten Zone dieselben überall umgeben von krümeligen, zerfallenen, oft körnigen Massen.

Diese hyalin gequollenen, die oberste Cutisschicht einnehmenden Massen waren in einem und demselben Schnitt nicht immer in gleicher Intensität vorhanden. Stellen mit intensiv rotbraun gefärbten Massen wechselten oft mit solchen ab, wo die Aufquellung und Konfluenz noch nicht eine so hochgradige war, und wo infolgedessen auch die Tinktion schwächer zu Tage trat. Immer war eine ganz schmale ungefärbte oder höchstens schwach rosa gefärbte Zone zwischen der Basalschicht der Epidermis und der Schicht der homogenen und der scholligen Massen vorhanden (Fig. 1a), in der bei starker Vergröfserung sich die normalerweise zarten, weit auseinanderstehenden senkrecht aufsteigenden elastischen Fäserchen verändert zeigten, indem auch sie zumeist in ihrem Verlauf nicht mehr deutlich verfolgbar, verdickt und krümelig zerfallen waren. In den stärksten Graden war in der obersten Cutisschicht jede Struktur zu Grunde gegangen, Gefäfse und Bindegewebszellen nicht mehr sichtbar; in geringgradigeren Fällen waren hie und da noch Bindegewebszellen und Gefäfse zu sehen, die in keiner Weise auffallende Veränderungen aufwiesen. Alle diese Veränderungen in ihrer Gesamtheit betrafen mit konstanter Regelmäfsigkeit immer ein und dieselbe Zone, die sich unter Freilassung der eben angedeuteten subepithelialen Schicht auf die oberste Lage der Cutis beschränkte. Im übrigen Cutisgewebe waren niemals solche hochgradige zur hyalinen Degeneration und Homogenisierung führende Zerfallserscheinungen vorhanden.

Veränderungen in Form von Verdickung, knopfartigen Anschwellungen, rosenkranzartigen Bildungen, Zerfall in gröfsere und kleinere Körner, in Krümel, bandartiger Verbreiterung mit herabgesetztem Tinktionsvermögen, rinnenartiger Bildung in der Faser selbst, Spaltung in

mehrere Fasern und Zerklüftung (cfr. Fig. 3: 26jähriger Mann, Wangenhaut) sind gerade in den tieferen Schichten der Cutis besonders ausgeprägt zu finden, aber nicht nur in der Cutis alter, sondern auch ganz junger Personen.

Besonders erwähnenswert ist es, dafs die elastischen Fasern, wenn sie sich der obersten Cutisschicht nähern, sich verbreitern, stärkere Tinktion annehmen und sich dichter ineinander verschlingen, .bis sie in der obersten Cutisschicht gar nicht zu verfolgen sind, indem sie zu jenen homogenen, scholligen Massen konfluieren.

Aus alledem dürfte wohl hervorgehen, dafs sich meine Befunde mit denen von Schmidt so ziemlich decken, obzwar ich den hyalinen Zerfall in den tieferen Cutisschichten, wie ihn Schmidt erwähnt, nicht gesehen habe.

Was die Ergebnisse an ungefärbten Präparaten anbetrifft, so zeigten sich die Veränderungen in der obersten Cutisschicht als dunkle, schwärzliche, körnige Massen, die den Eindruck trüber Schwellung und fettiger Degeneration hervorriefen, wie auch Rokitansky[5] den Zerfall elastischer Fasern in Körnern als fettige Degeneration aufgefafst hat. Bei starker Vergröfserung sah man einzelne Schollen, die in ihrem zentralen Teile einen gewissen, aber nicht besonders ausgesprochenen, Glanz aufwiesen; hingegen konnte ich den auffallenden Glanz, den Schmidt an den einzelnen Körnern schon beobachtete, nicht wahrnehmen.

Das Wesentlichste nun, was sich aus meinen Untersuchungen herausstellte, ist die Thatsache, dafs nicht, wie Schmidt schreibt, diese Veränderungen auf ein gewisses Alter beschränkt sind, — Schmidt nimmt als niedrigste Grenze das Alter von 40 Jahren an —, sondern dafs sie auch bei viel jüngeren Individuen vorkommen können. So habe ich bei 26- und 28jährigen Personen genau all die Erscheinungen in Wange, Bart und Nase vorgefunden, wie bei alten Leuten, wie Figg. 2 und 3 zur Genüge demonstrieren. Es scheint also somit entweder die Grenze, in welcher degenerative Prozesse auftreten, eine viel niedrigere zu sein — bei der 18jährigen Person fanden sich diese Erscheinungen nicht vor —, oder es können auch andere Prozesse als senile Atrophie zu derartigen Bildungen führen. Möglicherweise kann die Haut kachektischer, an chronischen Krankheiten gestorbener Personen solche Prozesse aufweisen. Leider kann ich bei meinem benutzten Material keine Angabe machen, ob die jüngeren Personen an irgend welchen chronischen, zum Marasmus führenden Krankheiten zu Grunde gegangen sind.

---

[5] Cfr. Schmidt, pag. 250.

Nach dieser Richtung dürften weitere Untersuchungen nötig sein. Immer aber, und das will ich nochmals betonen, fanden sich diese eigentümlichen Prozesse sowohl bei den jüngeren Personen, als auch bei den ganz alten nur in der Gesichtshaut, und zwar in Wange, Bart, Nase, und in geringerem Grade in der Haut des Ohres.

Geringgradige Veränderungen, wie sie bereits vorher erwähnt und in den tieferen Cutisschichten unter der Form kleinerer und gröſserer, unregelmäſsiger, oft zahlreich isoliert nebeneinanderstehender Körner u. s. w. vorkommen, fanden sich ziemlich regelmäſsig und scheinen der Norm zu entsprechen. Zwar sind in dieser Hinsicht bisher keine Angaben gemacht, auch könnte man wohl vermuten, daſs es sich bei diesen Formen um Querschnitte elastischer Fasern handelt, was aber unwahrscheinlich ist, da man sehr oft die Anordnung vorfindet, daſs eine mehr oder weniger stark gefärbte elastische Faser in runde, knopfförmige Anschwellungen endigt, die in ihrer Form zumeist den vereinzelten runden Körnern entsprechen. Besonders traten sie auch in der Haut des Bartes hervor, woselbst ja, wie schon Unna[6] resp. Sack[7] mitgeteilt haben, die Zahl der elastischen Fasern eine auſserordentlich reiche ist.

Während nun Schmidt die von ihm geschilderten und von mir auch gefundenen Prozesse in der Gesichtshaut alter Personen auf durch Schrumpfung des Bindegewebes hervorgerufene senile Veränderung der elastischen Fasern zurückführt — auch Dührssen[8] will knäuelartige Atrophie der elastischen Fasern in der Portio alter Personen beobachtet haben, die er mit der senilen Umbildung der Portio in Verbindung bringt — finden sich sonst in der Litteratur zerstreut mehrfach Angaben von Zerfall elastischer Fasern in Querscheiben und Körner auf der Basis entzündlicher Processe, so bei Ssudakewitsch,[9] v. Recklinghausen,[10] Schmidt,[11] Manchot[12] u. s. w. Ohne mich hierauf näher einzulassen, kann ich nur betonen, daſs in meinen Präparaten, sowohl bei den anscheinend normalen, in den tieferen Cutisschichten vorhandenen geringeren Degenerationsprozessen, als auch bei der hyalinen Umwandlung in der obersten Cutisschicht alter Personen, jegliches histologisch nachweisbare Zeichen von Entzündung fehlte.

Schlieſslich will ich nicht unerwähnt lassen, daſs, wie auch Schmidt

---

[6] u. [7] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. 13 pag. 140 u. 141.

[8] Dührssen, Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. *Arch. f. Gynäkol.* 1891. Bd. 41. Heft 1 u. 2.

[9] Ssudakewitsch, Riesenzellen und elastische Fasern, Beitrag zur Pathologie des elastischen Gewebes der Haut. *Virch. Arch.* 1889. Bd. 115. Heft 2.

[10] v. Recklinghausen, cfr. Manchot. pag. 127.

[11] Schmidt, pag. 250.

[12] Manchot, Über die Entstehung der wahren Aneurysmen. *Virch. Arch.* 1890. Bd. 121. Heft 1.

ausführlich angiebt, die von WAGNER,[13] BESNIER[14] und FEULARD-BALZER[15] bei der histologischen Untersuchung von milienartigen in der Wangenschleimhaut vorhandenen Knötchen gefundene kolloide Degeneration der Haut möglicherweise zu den von SCHMIDT gefundenen und von mir bestätigten atrophischen Zuständen in der Wangenschleimhaut alter Personen in Beziehung stehen. Ich kann jedoch auf diesen Punkt nicht näher eingehen, da mir eigene Erfahrungen nicht zu Gebote stehen, will nur den SCHMIDTschen Angaben hinzufügen, dafs ebenso wie BALZER auch neuerdings PERRIN[16] den Prozefs hauptsächlich auf eine Entartung der Bindegewebsbündel zurückführt. PERRIN äufsert sich folgendermafsen: „Die Veränderungen treffen fast ausschliefslich die bindegewebigen Elemente, die Bindegewebsfasern. Zuerst einfache Verdickung, dann eine stärkere Retraktion des Bindegewebes, endlich kolloide Umwandlung und Bildung von Kolloidhaufen."

Am Schlusse angelangt, ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. J. NEUBERGER für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die Überwachung und Beihülfe bei der Ausarbeitung derselben meinen herzlichsten Dank abzustatten.

Neurotisches (reflektorisches) Ekzem.

Vortrag, gehalten im Kings County Medical Society, September 1893.

Von

GEORGE DEDERIC HOLSTEN, M. D., Brooklyn.

Es sei mir gestattet, mit einigen Bemerkungen die Aufmerksamkeit auf ein Hautleiden zu lenken, welches zwar alle die klassischen Merkmale des Ekzems, also einer katarrhalischen Entzündung der Haut, aufweist, bei welchem aber diese Merkmale sich in einer bestimmten Zusammenstellung oder in einer derartigen Kombination finden, dafs daraus eine von den übrigen gesonderte Gruppe resultiert.

Diese Form des Ekzems, welcher die Bezeichnung „neurotisch" beigelegt worden ist, unterscheidet sich von allen anderen Ekzemen, nicht

[13] E. WAGNER, *Arch. d. Heilkde.* 1866. Bd. 7.
[14] BESNIER, *Ann. de Derm.* 1879.
[15] FEULARD-BALZER, Nouveau cas de dégénérescence colloïde du derme. *Ann. de derm. et de syph.* 1885. Tome VI.
[16] PERRIN, De la dégénérescence colloïde du derme. *Monatsh. f. prakt. Derm.* No. 9. pag. 437 u. 438.

nur durch die klinischen Symptome sondern auch durch die Ätiologie und die in therapeutischer Beziehung zu ergreifenden Maſsregeln.

Am häufigsten kommt die Affektion im Kindesalter und namentlich in den ersten anderthalb bis zwei Jahren vor, doch kann sie auch in einem jeden Lebensalter angetroffen werden. Der älteste Patient, über den ich Aufzeichnungen besitze, war fast 70 Jahre alt.

Die hauptsächlichsten Eigenschaften, durch welche sich das neurotische Ekzem von den anderen Formen unterscheidet, sind Lokalisierung, Symmetrie, Neigung zu zahlreichen und plötzlichen Recidiven und Exacerbationen, sowie ferner seine Widerstandsfähigkeit gegen jede lokale Behandlung bei gleichzeitiger Empfänglichkeit für zweckmäſsige Berücksichtigung der ätiologischen Momente, welche prompt eine deutliche Besserung herbeiführt; wir hätten es demnach hier mit einer Gruppe von Symptomen zu thun, denen eine beträchtliche Bedeutung zuzumessen ist.

Bei Kindern wird man die Störung am häufigsten im Gesicht lokalisiert finden; dies ist der zuerst und oft auch der allein befallene Teil. Wenn der Ausschlag eine groſse Ausdehnung gewonnen hat, bietet das Gesicht manchmal das Aussehen einer Maske dar, aus welcher die Augen, Nase und Mund als Öffnungen herausgeschnitten sind. Nächst dem Gesicht ist es die Kopfschwarte, welche bald in der Totalität, bald nur zum Teil an der vorderen oder hinteren Fontanelle afficiert ist.

Darauf folgen in Bezug auf die Häufigkeit des Befallenwerdens die oberen Extremitäten, bei denen nur die Streckseiten afficiert werden; meistenteils treten hier scharf umschriebene Stellen über dem Deltoides und dem Tricepsmuskel und auf der ganzen Rückseite des Vorderarmes hervor. An den Händen ist gewöhnlich der Rücken mit zirkumskripten Flatschen besetzt, die sich in gleicher Weise auch an den Phalangen gewöhnlich unter Verschonung der Gelenke finden.

Bei Erwachsenen ist die allgemeine Verteilung und Gruppierung der ekzematösen Flecke meistens ziemlich die gleiche wie bei Kindern, nur sind dieselben an der Kopfschwarte weniger oft und an den Extremitäten häufiger vertreten. Diese Neigung, die Beugeflächen zu meiden und sich auf die Extensorenseite zu beschränken, ist als eine bemerkenswerte Eigentümlichkeit der neurotischen gegenüber anderen Ekzemformen zu bezeichnen.

Anders als beim Zoster, mit dem dieses Hautleiden sonst viele Ähnlichkeiten besitzt, sind die Läsionen nicht längs dem Verlauf der Nervenstämme verteilt, sondern sie zeigen vielmehr die Neigung, sich entweder an einer Nervenkreuzungsstelle oder über dem Verteilungsgebiet der Endzweige eines kutanen Nervenastes zu lokalisieren.

Die einzelnen Stellen sind in der Regel rundlich, elliptisch oder eiförmig. Die Ränder sind immer scharf umschrieben und gehen nicht

allmählich in die umgebende gesunde Haut über, wie dies beim gewöhnlichen Ekzem der Fall ist. Die Oberfläche dieser Flecke zeigt alle die wechselnden Eigenschaften eines jeden Ekzems — Papeln, Bläschen, Nässen, Borkenbildung u. s. w., doch überwiegt die Bläschenbildung nebst dem Nässen, und das abgesonderte Serum trocknet dann zu dünnen, klebrigen Krusten ein, nach deren Entfernung eine typische, sezernierende, ekzematöse Fläche zurückbleibt. Öfters haben auch die Flecke nur eine leicht papulöse oder trockene, schuppende Beschaffenheit. Die Ränder jedoch weisen fast immer Bläschen auf.

Eine der auffallendsten Eigenschaften bei dieser Art von Ekzem bildet seine Symmetrie; meistenteils sind es analoge Körperteile, die befallen werden, und gewöhnlich sind die befallenen Gebiete gleich grofs und sind in gleichmäfsigem Grade und in gleicher Weise ergriffen. Ist das Gesicht der Sitz der Krankheit, so pflegen beide Wangen genau das gleiche Aussehen darzubieten. An beiden Vorderarmen oder Händen oder Handgelenken ist fast regelmäfsig eine ganz identische Verteilung zu beobachten, und auch die Gestalt der Läsionen, sowie der Grad der vorhandenen Entzündung sind auf beiden Seiten gleich.

Das nächstfolgende Symptom ist eines, welches die Geschicklichkeit und die Geduld des Arztes auf die äufserste Probe stellen kann — die Neigung zum Recidivieren. Bei allen anderen Formen von Ekzem ist das Fortschreiten sowohl in der günstigen wie in ungünstiger Richtung ein verhältnismäfsig langsames; es mufs stets wenigstens nach Tagen berechnet werden. Bei der in Rede stehenden Form dagegen finden die Veränderungen mit überraschender Schnelligkeit statt. So sieht man z. B. bei einem Falle, welcher alle Zeichen eines günstigen Verlaufs, Aufhören der Bläschenbildung, Verschwinden des Nässens, Abnahme der Rötung und Nachlassen des Juckreizes aufweist, ganz plötzlich innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes eine ausgesprochene Verschlimmerung sämtlicher Symptome hervorbrechen. Andererseits findet auch die Wendung zur Besserung gewöhnlich in ganz kurzer Zeit statt. Diese Neigung zum Recidivieren ist ganz charakteristisch und wiederholt sich oft mehrmals im Laufe des Leidens. Dieselbe trat auch bei einem der weiter unten mitgeteilten Fälle in sehr auffallender Weise hervor.

Der Vorgang des Heilens ferner findet nicht durch die allmähliche Abnahme in der Menge und dem Umfang der Läsionen statt, sondern durch die Abnahme in der Intensität der ganzen Affektion, indem der gesamte Fleck abblafst, bis die Haut ihre normale Beschaffenheit wieder erlangt. Zwischen den einzelnen Stellen pflegt die Haut ein normales Aussehen darzubieten; man sieht nichts von jenem Auslaufen eines entzündlichen Hofes in die Umgebung mit mehr oder weniger weit sich erstreckenden Abstufungen, sondern die Läsionen hören scharf abgegrenzt auf.

Was die verschiedenen ätiologischen Momente betrifft, so habe ich mehrere Gruppen von Ursachen zusammengestellt, von denen ich nur einige hier anführen will.

Als hervorragendste von diesen Ursachen sind entschieden Störungen irgend welcher Art im Verdauungskanal zu nennen. Am häufigsten kommen solche ja bei Säuglingen und namentlich bei künstlicher Ernährung vor, aber auch bei Brustkindern und bei entwöhnten Kindern sowie auch bei Erwachsenen. Manchmal war die Nahrung nachweislich von einer unzweckmäſsigen Qualität oder auch dem Alter und dem allgemeinen Befinden der Kranken nicht angemessen; zuweilen wurde zu häufig Nahrung gereicht oder in solchen Mengen, daſs dieselbe von den Verdauungsorganen nicht genügend bewältigt werden konnte.

Aus einigen sechzig Fällen, welche ich zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, mögen die folgenden als prägnante Beispiele mitgeteilt werden.

Fall XLIX. (Privatpraxis). D. H., sechs Monate alt; der Ausschlag trat ganz plötzlich an beiden Wangen hervor, als die Patientin einen Monat alt war. Bei meiner ersten Visite fand ich beide Wangen mit einem groſsen, charakteristischen, neurotischen Ekzem von dunkelroter Farbe bedeckt. Dasselbe war von der normalen Haut scharf abgeschnitten, die Oberfläche und namentlich die Ränder waren mit kleinen, hellen, ziemlich prall gespannten Bläschen besetzt, und an einigen Stellen war auch Nässen nebst Krustenbildung vorhanden. Während der letzten paar Wochen war auch die Stirn befallen worden und bot jetzt eine gerötete, rauhe Stelle mit mehreren Papeln und Bläschen dar.

Das Kindchen war mit der Flasche genährt worden; zuerst hatte es kondensierte Milch erhalten, und zu dieser Zeit war eben das Ekzem zuerst hervorgetreten; späterhin wurde dann statt derselben sterilisierte Milch gereicht. Dieselbe wurde täglich in der für den Tageskonsum hinreichenden Menge aus einer gut rahmhaltigen Kuhmilch mit einem Drittel Wasser auf zwei Drittel Milch unter Zusatz einer genau abgemessenen Menge Milchzucker und Salz zubereitet. Jede Flasche enthielt 115 ccm der Mischung; dieselben wurden vorschriftsmäſsig sterilisiert und im Eisschrank aufbewahrt. Je nach Bedarf wurde eine Flasche auf die richtige Temperatur erwärmt und dem Kinde gereicht. Dasselbe erhielt eine solche Portion alle zwei und eine halbe Stunde.

Der Stuhlgang war zur Zeit wie auch sonst immer sehr angehalten, trotzdem diverse Mittel schon versucht worden waren, um die Obstipation zu beseitigen. Ungefähr drei Wochen, bevor ich das Kind sah, hatte es eine kurze Zeit hindurch eine Medizin erhalten, wodurch regelmäſsige Entleerungen erfolgten, und während dieser Zeit fing das Gesicht sich rasch zu bessern an. Die Fäces waren trocken und hart, doch ohne starken Geruch; sie waren auch nicht weiſs oder bröckelig. Wenn kein Abführmittel gegeben wurde, erfolgte der Stuhlgang erst jeden zweiten oder dritten Tag. Der Juckreiz war sehr quälend. Zuweilen kratzte sich das Kind die Wangen, bis das Blut herunterfloſs. Im übrigen war seine Gesundheit nicht beeinträchtigt Es war gut genährt, hatte festes Fleisch, und die Haut war auſser an den gerade befallenen Gebieten von normaler Farbe, weich und kühl anzufassen. Es war munter und freundlich und schlief gut abgesehen davon, daſs das Jucken oft sehr lästig war.

Während ich die obigen Notizen in mein Krankenjournal eintrug, erhielt die Kleine ihre Flasche mit 115 ccm präparierter Milch. Dieselbe wurde in wenigen

allmählich in die umgebende gesunde Haut über, wie dies beim gewöhnlichen Ekzem der Fall ist. Die Oberfläche dieser Flecke zeigt alle die wechselnden Eigenschaften eines jeden Ekzems — Papeln, Bläschen, Nässen, Borkenbildung u. s. w., doch überwiegt die Bläschenbildung nebst dem Nässen, und das abgesonderte Serum trocknet dann zu dünnen, klebrigen Krusten ein, nach deren Entfernung eine typische, sezernierende, ekzematöse Fläche zurückbleibt. Öfters haben auch die Flecke nur eine leicht papulöse oder trockene, schuppende Beschaffenheit. Die Ränder jedoch weisen fast immer Bläschen auf.

Eine der auffallendsten Eigenschaften bei dieser Art von Ekzem bildet seine Symmetrie; meistenteils sind es analoge Körperteile, die befallen werden, und gewöhnlich sind die befallenen Gebiete gleich grofs und sind in gleichmäfsigem Grade und in gleicher Weise ergriffen. Ist das Gesicht der Sitz der Krankheit, so pflegen beide Wangen genau das gleiche Aussehen darzubieten. An beiden Vorderarmen oder Händen oder Handgelenken ist fast regelmäfsig eine ganz identische Verteilung zu beobachten, und auch die Gestalt der Läsionen, sowie der Grad der vorhandenen Entzündung sind auf beiden Seiten gleich.

Das nächstfolgende Symptom ist eines, welches die Geschicklichkeit und die Geduld des Arztes auf die äufserste Probe stellen kann — die Neigung zum Recidivieren. Bei allen anderen Formen von Ekzem ist das Fortschreiten sowohl in der günstigen wie in ungünstiger Richtung ein verhältnismäfsig langsames; es mufs stets wenigstens nach Tagen berechnet werden. Bei der in Rede stehenden Form dagegen finden die Veränderungen mit überraschender Schnelligkeit statt. So sieht man z. B. bei einem Falle, welcher alle Zeichen eines günstigen Verlaufs, Aufhören der Bläschenbildung, Verschwinden des Nässens, Abnahme der Rötung und Nachlassen des Juckreizes aufweist, ganz plötzlich innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes eine ausgesprochene Verschlimmerung sämtlicher Symptome hervorbrechen. Andererseits findet auch die Wendung zur Besserung gewöhnlich in ganz kurzer Zeit statt. Diese Neigung zum Recidivieren ist ganz charakteristisch und wiederholt sich oft mehrmals im Laufe des Leidens. Dieselbe trat auch bei einem der weiter unten mitgeteilten Fälle in sehr auffallender Weise hervor.

Der Vorgang des Heilens ferner findet nicht durch die allmähliche Abnahme in der Menge und dem Umfang der Läsionen statt, sondern durch die Abnahme in der Intensität der ganzen Affektion, indem der gesamte Fleck abblafst, bis die Haut ihre normale Beschaffenheit wieder erlangt. Zwischen den einzelnen Stellen pflegt die Haut ein normales Aussehen darzubieten; man sieht nichts von jenem Auslaufen eines entzündlichen Hofes in die Umgebung mit mehr oder weniger weit sich erstreckenden Abstufungen, sondern die Läsionen hören scharf abgegrenzt auf.

an Stirn und Wangen. Das Kind wurde häufig und in unregelmäfsigen Zwischenräumen gestillt. Es brach häufig und war sehr verstopft. Allgemeiner Habitus; dürftig und schlecht genährt. Die Mutter war gleichfalls sehr hartleibig, anämisch und auch ungenügend genährt. Dieselbe erhielt Cascara sagrada, und dem Kinde wurde eine Salbe mit zwei Prozent Salicylsäure und Zinkoxyd verschrieben. Zugleich wurden betreffs der Ernährung genaue Vorschriften gegeben; dieselben wurden aber nicht befolgt, und das Ekzem verschlimmerte sich Schritt für Schritt. Anfangs Mai bekam die Mutter neben Cascara als Tonikum eine Mixtur von Eisen, Arsenik und Nux vomica. Ende dieses Monats fing sie an, meinen wiederholten Vorschriften in Bezug auf die Ernährung des Kindes einige Aufmerksamkeit zu schenken, worauf das Erbrechen aufhörte, der Stuhlgang allmählich zwei bis drei mal täglich entleert wurde, und die Fäces eine mehr normale Beschaffenheit annahmen. Das Gesamtaussehen der Mutter hatte sich auch beträchtlich gehoben.

Am 28. Juni stellte die Mutter mir das Kind freundlicherweise nochmals zur Entlassung vor. Unser Baby war feist, hatte festes, hartes Fleisch, die Haut war weich, glatt und biegsam. Stuhlgang erfolgte regelmäfsig; der Schlaf war gut; es war jetzt nicht mehr verdriefslich und weinerlich, sondern überhaupt ein gesundes Kind geworden. Die Mutter befand sich ebenfalls bei bedeutend besserer Gesundheit.

In diesem Falle war aufser der Salbe dem Kinde nichts weiter verschrieben worden. Die gesamte Behandlung hatte eigentlich nur darin bestanden, das Allgemeinbefinden der Mutter zu kontrollieren und zu heben, nebst einer Regulierung der Ernährung des Kindes.

Derartige Ekzemfälle, die durch unzweckmäfsige Nahrung, unpassende Darreichung derselben oder durch Hartleibigkeit erzeugt werden, fanden sich nicht ausschliefslich bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen.

Einer dieser Fälle (Nr. XXV. E. D. Hospital) betraf ein 19jähriges Mädchen, bei dem das Ekzem in Gestalt von papulösen, feuchten, borkenbedeckten Gruppen von Flatschen in symmetrischer Verteilung an Stirn und Wange auftrat. Aufserdem fanden sich rundliche, bläschentragende, feuchte Stellen auf der Streckseite beider Vorderarme. Die Ursache des Ekzems war der abnorme und launische Appetit der Kranken; sie afs zu allen möglichen Zeiten die verschiedensten Dinge, und sie trank namentlich grofse Quantitäten Thee, den sie den ganzen Tag über in einem Topf warmgestellt zur Hand hatte. Die Lokalbehandlung erwies sich als unwirksam, und die Affektion nahm stetig zu, bis ich schliefslich die Mutter der Patientin dahin brachte, deren Gewohnheiten streng zu überwachen. Kurz gesagt, beschränkte sich die Behandlung darauf, täglich nur drei Mahlzeiten mit gemischter Kost und zu ganz bestimmten Stunden zu gestatten, auf das gänzliche Verbot jeglichen Genusses von Thee und die Darreichung einer genügenden Menge Cascara, um täglich zweimal Stuhlgang zu erzielen. Die lokale Therapie bestand in der Anwendung von Zinksalbe.

Eine der eigentümlichsten und interessantesten, sowie wichtigsten Faktoren bei der Erzeugung dieser Art von Ekzem bei Kindern waren Mifsbildungen an den Genitalorganen in Gestalt von Phimosis, Adhäsionen der Vorhaut u. dergl.

Fall LII (Brooklyn Throat Hospital). Harry W., acht Monate alt, zeigt typische Flecke von neurotischem Ekzem von viermonatlicher Dauer an beiden Wangen, an der Stirn und auch an der Kopfschwarte. Die Stellen waren papulo-vesikulös, schuppend und ein wenig feucht.

Beim Zurückziehen der Vorhaut fand man zwischen deren innerem Blatte und der Glans mehrfache Adhäsionen. Dieselben wurden länger als einen Monat ganz in Ruhe gelassen, während gewisse Ernährungsstörungen beseitigt wurden und die bestehende Hartleibigkeit gehoben wurde. Das Ekzem liefs jedoch keine Besserung erkennen, war vielmehr entschieden ein wenig schlimmer geworden. Darauf wurden nun die Adhäsionen allmählich gelöst, und es wurden auch mehrere harte, eingedickte Smegmamassen entfernt; gleichzeitig hiermit besserte sich das Ekzem. Die Mutter erhielt die Weisung, die Vorhaut jeden Tag einmal zurückzuziehen und diese Teile rein und mit Öl geschmeidig zu halten. Sie befolgte diesen Rat auch eine Zeit lang, wurde dann aber wieder nachlässig, worauf das Ekzem in mäfsigem Grade wiederkehrte, aber sich durch geeignete Behandlung der Genitalien sogleich wieder beseitigen liefs.

Ferner kommen als ätiologische Momente zur Erzeugung dieser Art von Ekzem gewisse allgemeine, gleichsam neurasthenische Störungen des Organismus in Betracht, wie solche durch geistige Überanstrengung, Kummer, Shock, Schmerzen, Schlaflosigkeit u. s. w. erzeugt werden. Solche Fälle kommen namentlich bei älteren Personen vor.

Fall XLIII (E. D. Hospital). Maria B., 69 Jahre alt, hatte ihr ganzes Leben lang sich einer ausgezeichneten Gesundheit erfreut und hatte alle die vielfachen Verpflichtungen erfüllt, welche die Sorge für eine grofse Familie mit sich bringt. Elf Wochen vor ihrem ersten Besuch in der Klinik war bei ihr ein Karbunkel auf dem Nacken aufgetreten; derselbe war mehrmals incidiert worden und hatte viel Eiter entleert. Die Schmerzen, Schlaflosigkeit und Verminderung des Appetits hatten eine wesentliche Verschlechterung in ihrem Gesamtbefinden verursacht, und fünf Wochen nach dem Erscheinen des Karbunkels (der zur Zeit geheilt war) trat ein Ausschlag zuerst am Halse, bald nachher auch an anderen Teilen des Körpers hervor.

Status praesens: Vom Gesicht hatte der Ausschlag die Stirn uud beide Wangen bis zu den Ohren inklusive ergriffen. Nase und Kinn waren vollständig frei. Ferner erstreckte sich die Affektion über den gesamten Hals vorn bis zu den Schlüsselbeinen und nach hinten bis zum oberen Rand der Schulterblätter, wo sie plötzlich aufhörte. Über dem Deltamuskel waren ovale Flecke lokalisiert, aber die Achselhöhle und der übrige Teil der Arme waren intakt. Die gesamte Streckfläche beider Vorderarme war ergriffen, während die Beugeseiten unbeteiligt waren, sowie auch die Palmarseite der Hände und Finger; dagegen war die Dorsalseite der letzteren mit rundlichen oder ovalen Flatschen besetzt, welche den ganzen Handrücken und die Schafte der Phalangen bedeckten, während die Haut an den Gelenken frei geblieben war. An den unteren Extremitäten war wiederum nur die Extensorenseite befallen, während die Beugeseite vollständig verschont geblieben war. Sehr in die Augen springend war ferner die vollkommene Symmetrie auf beiden Körperhälften. Der Ausschlag bildete Flatschen von rundlicher oder ovaler Form, und die Oberfläche war, wie sonst, zum Teil mit Bläschen, zum Teil mit Borken besetzt, oder sie näfste.

Die Kranke war sonst stets gesund gewesen und würde auch, wenn das Jucken nicht gewesen wäre, gut haben schlafen können. Sie litt an Hartleibigkeit; dies war aber immer der Fall gewesen. Der gleichmäfsige Verlauf ihres Lebens im allgemeinen hatte keine Unterbrechung erfahren etwa in der Form von Shock, Geldverlusten, betrübenden Nachrichten, Todesfällen oder sonst irgend etwas mit Ausnahme des bereits erwähnten Karbunkels und der konsekutiven Beeinträchtigung der Gesundheit, so dafs man eine Erklärung für diese Störung des Nervensystems eigentlich nicht anzugeben vermag.

Die Patientin blieb nur etwa zehn Tage in Behandlung, und es trat während dieser Zeit nur eine geringe Besserung ein.

Ein anderer Fall (Nr. III, Privatpraxis), den ich vor mehreren Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte, betraf eine ältere Dame und war mit hochgradiger Unruhe, Muskelzittern, Tachykardie und einem gespannten, durch Akonit nicht zu beeinflussenden Puls kompliziert. Das Ekzem war ausschliefslich auf der Dorsalseite der Hände und Finger lokalisiert, sowie an beiden Ohren und hatte die Form von Gruppen von vesikulösen und nässenden Flecken. Lokale Mafsregeln blieben erfolglos, und eine Besserung des Ekzems trat erst ein, als das Allgemeinbefinden durch längere Bettruhe und Milchdiät sich zu bessern anfing.

Dafs diese Ekzemfälle auf irgend einer Störung des Nervensystems beruhten, konnte, wie mir scheint, gar nicht in Zweifel gezogen werden. Die besondere Lokalisation, die Symmetrie und die plötzlichen Veränderungen in der Beschaffenheit der Läsionen deuten jedenfalls darauf hin; desgleichen das oftmals ganz rapide Verschwinden des Ekzems, sobald gewisse Störungen der sonstigen Körperfunktionen beseitigt wurden, oder einwirkende Reize aufgehoben wurden — alle diese Gründe scheinen den klarsten Beweis für die ätiologische Basis bei dieser Form des Ekzems zu liefern. Dafs diese Störungen nicht organischer Art — d. h. durch irgend eine anatomisch nach dem Tode nachweisbare, krankhafte Beschaffenheit einer bestimmten Stelle des Nervensystems bedingt —, sondern vielmehr funktionell waren, geht wohl zur Genüge aus den rapiden Veränderungen (Recidiven und Ameliorationen) an den kutanen Läsionen hervor.

Ebensowenig können aber diese Fälle auf die Einwirkung äufserer Irritamente zurückgeführt werden, denn solche Ekzeme zeigen nichts von der Symmetrie, der scharfen Abgrenzung, der charakteristischen Lokalisierung und den frequenten und plötzlichen Aenderungen des Gesamtaussehens, welche in diesen Fällen das klinische Bild ausmachten. Solche Fälle sind aufserdem für die Einwirkung äufserlicher Applikationen sehr zugängig, während die Krankheit bei den angeführten Patienten durchaus nicht davon beeinflufst wurde.

Ich möchte vielmehr die Hautläsionen bei meinen Fällen als eine Reflexwirkung erklären, wobei ich den primären Sitz des Leidens in irgend einen entfernten Körperteil verlege und den reflektorischen Effekt in derselben Weise auffasse wie die durch eine Verdauungsstörung oder durch irgend eine abnorme Beschaffenheit der Ovarien oder des Uterus bedingten Kopfschmerzen; oder auch man kann diese Ekzemfälle mit analogen Affektionen, welche vermutlich ihrer Ursache und Natur nach neurotischer Art sind, z. B. Asthma, Epilepsie, Hysterie u. s. w., vergleichen.

Dafs diese Reflexe sich gerade auf der Haut und nicht an irgend einem anderen Körperteil äufserten, läfst sich meines Erachtens dadurch erklären, dafs man annimmt, die Haut sei zufällig gerade dasjenige Organ,

dessen Gewebe zur Zeit der Einwirkung des Reflexes am wenigsten zu widerstehen im stande war. Weiter auf eine Besprechung des Kapitels von den Reflexen einzugehen, würde aber die Grenze dieses Vortrags überschreiten; es sei mir gestattet, nochmals auf die vorhin erwähnten Affektionen: Kopfweh, Asthma, Epilepsie, Hysterie u. s. w., aufmerksam zu machen, welche doch bekanntlich Reflexvorgänge repräsentieren.

Ob diese Affektionen durch irgend eine Störung der vasomotorischen oder der trophischen Nerven bedingt oder von denselben nur übermittelt werden, kann ich vorläufig nicht entscheiden. KROCK (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1889) meint, daſs derartige Reizungen sich längs den trophischen Nerven fortpflanzen, und daſs es die spezielle Aufgabe dieser Nerven sei, die Vorgänge der Ernährung zu überwachen und zu kontrollieren, während CROCKER der Ansicht ist, daſs die vasomotorischen Nerven der leidende Teil seien.

Differentialdiagnose: Die Lokalisierung der Läsionen an den Wangen, Stirn und Ohren unter Verschonung des mittleren Teils des Gesichts, ferner das Befallenwerden der Extensorenflächen und niemals der Beugeseiten der Extremitäten nebst der Symmetrie, den Remissionen und Exacerbationen und dem oftmals in Gruppen geordneten, scharf umgrenzten Auftreten der Läsionen, alle diese Erscheinungen machen ein klinisches Bild aus, welches diese Affektion mühelos von anderen Formen des Ekzems unterscheiden läſst.

Behandlung. Die ursächlichen Momente dieser Reflexerscheinungen müssen sorgfältig aufgesucht und beseitigt werden. In vielen Fällen wird diese Maſsregel an sich schon genügen; namentlich wenn das Ekzem nur kurze Zeit bestanden hat, wird es nach Wegräumung der veranlassenden Anomalien auch ohne sonstige Behandlung rasch wieder verschwinden.

Bei der Mehrzahl der Fälle wird man jedoch finden, daſs trotz der bestmöglichen Regulierung sämtlicher Körperfunktionen eine hyperästhetische Beschaffenheit der Reflexcentra zurückbleibt, so daſs selbst auf verhältnismäſsig geringe Reize mit einer hochgradigen Wirkung geantwortet werden kann. Bei solchen Fällen wird man die als Sedativa für die Nerven wirkenden Mittel, wie die Bromide, Antipyrin u. s. w., in Anwendung ziehen müssen. Während des akuten Stadiums ist ferner der Juckreiz ein so intensiver, daſs man unbedingt etwas zur Linderung desselben thun muſs; hierbei werden kalmierende Lokalapplikationen mit Salicylsäure, Menthol, Ichthyol, Kokain, Karbolsäure u. dergl. nebst gleichzeitiger innerlicher Darreichung eines Sedativum sich als nützlich erweisen.

Indessen wird es auch Fälle geben, bei denen nach Beseitigung einer jeden entdeckbaren Ursache und nach Darreichung von Beruhigungsmitteln in den allergröſsten Dosen das Ekzem dennoch fortbesteht. Bei solchen Fällen hat sich das Ergotin, sowohl innerlich wie äuſserlich angewandt, als

nützlich erwiesen. Dasselbe mufs in ganz grofsen Gaben längere Zeit hindurch verabreicht werden. Gewöhnlich gebe ich anfangs dreimal täglich zehn Minims (0,6) und steigere allmählich bis zu 3,75 (1 ʒ) oder sogar gelegentlich noch mehr. Äufserlich habe ich das Ergotin als fluid extract im Verhältnis von 2,0—12,0 auf 30,0 g Salbe verschrieben.

Crocker hat die Applikation von Gegenreizen an der Wirbelsäule mittelst trockener Hitze, Sinapismen oder blasenziehender Flüssigkeiten empfohlen; er giebt an, dafs der Effekt ein so prompter war, dafs man unmöglich den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung bezweifeln konnte. Bei einem sechs Monate alten Kinde, bei dem das Ekzem über vier Monate bereits bestanden hatte und die Ursache gewesen war, dafs das Kind nie mehr als zwei Stunden hintereinander schlief, wurde durch die Applikation eines kräftigen Senfteigs auf den Nacken die erste nachweisliche Wendung zur Besserung erzielt. Der Versuch war abends etwa um sechs Uhr gemacht worden, das Kind schlief ruhig die ganze Nacht hindurch, und am folgenden Tage liefs das Ekzem überhaupt einen wesentlichen Nachlafs der Intensität erkennen.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nicheim.)

Über den Einflufs der Sonnenstrahlen auf die Haut.

Von

Robert L. Bowles, M. D., F. R. C. P.

Nach meinen langjährigen Beobachtungen über Sonnenbrand bin ich überzeugt, dafs dieser Gegenstand eine viel gröfsere Tragweite und Bedeutung besitzt, als man auf den ersten Blick glauben möchte; es handelt sich hier jedoch um eine Frage, zu deren Beantwortung nicht allein der innere Kliniker und der Chirurg, sondern auch die Kenner der Physiologie und der Physik das Ihrige beitragen müssen.

Ich werde, ohne mich hierbei speziell auf Details einzulassen, an bereits festgestellten Beobachtungen einige der vielen interessanten Erscheinungen besprechen, welche dieser umfangreiche Gegenstand jedem sich damit beschäftigenden Beobachter entgegenbringt. Zu diesem Zwecke werde ich aus einem im November 1888 im *Alpine Journal* erschienenen Aufsatz „Sunburn on the Alps“ und aus einer später bei Stanford in Cockspur Street (London) erschienenen und mit einigen Zusätzen versehenen Abhandlung mehreres anführen.

Von Bergbesteigern wird es, wie ich glaube, unbedenklich zugegeben werden, dafs man auf den Gletschern viel schneller von der Sonne verbrannt wird als auf Felsen oder in den heifsen, aber tiefer gelegenen Thälern, trotzdem man an diesen letzteren Stellen die Hitze vielleicht viel intensiver empfindet; Schleier, Gesichtsmasken und Schneebrillen kommen erst in Anwendung, wenn man die Schneegrenze erreicht hat. Diese Steigerung der versengenden Sonnenstrahlen kommt einem

entschieden merkwürdig vor, wenn man bedenkt, dafs gerade hier die Hitze durch die Überführung des Schnees in den flüssigen Zustand absorbiert und somit latent gemacht wird.

Glasbläser, Eisengiefser und manche andere Arbeiter sind fortwährend einer Hitze von 4—500° F. ausgesetzt und zeigen trotzdem keine Symptome einer derartigen Einwirkung auf die Haut; und obgleich die Wärmemenge, welche aus der enormen Irradiation von den erhitzten Felsen und den Thälern im Verein mit den direkten Sonnenstrahlen entsteht, ohne allen Zweifel viel gröfser ist, als man sie jemals auf einer sogar sehr sonnigen Schneewand findet, so verbrennt man an ersterer Stelle dennoch nicht. Wie wohlthuend ist doch der Übergang von der drückend heifsen Moräne auf den erfrischend kühlen Gletscher! Zweifelsohne wird von der Schneefläche eine grofse Quantität Hitze zurückgeworfen und verteilt, doch ist diese Menge gewifs viel geringer als die empfangene Gesamtsumme; denn, wie bereits hervorgehoben wurde, es wird durch das Schmelzen und Verdunsten des Schnees eine beträchtliche Menge von Wärmestrahlen absorbiert und in den latenten Zustand übergeführt. Hierfür giebt die Erfahrung volle Bestätigung, denn man kann oft auf dem Rücken liegen und das Gesicht längere Zeit der Sonne aussetzen, ohne unangenehme Folgen zu verspüren. Es mufs also neben der Hitze noch irgend ein zweiter Faktor bei der Entstehung von Sonnenbrand mit im Spiele sein.

Viele Handwerker sind einer erheblich gröfseren Hitze ausgesetzt als Reisende auf einer Schneewand, und ein Verbrennen findet dabei doch nicht statt. Dr. Tyndall lenkte zuerst meine Aufmerksamkeit auf die sehr interessante und bemerkenswerte Thatsache, dafs er niemals auf den Alpengletschern mehr verbrannte als bei seinen Experimenten mit elektrischem Lichte am North Foreland-Leuchtturm, wobei die Hitze keineswegs genügt hätte, um eine solche Wirkung hervorzurufen, und andererseits Schnee gar nicht vorhanden war. Entsprechend den erstaunlichen Fortschritten im Gebrauche der Elektrizität haben auch unsere Kenntnisse betreffs dieses speziellen Punktes gleichfalls erheblich zugenommen.

Alle unsere bisherigen Beobachtungen führen uns also darauf hin, dafs neben der Hitze auch irgend ein anderer Faktor mit im Spiele sein mufs, um die zarten Hautgefäfse zu reizen und die Anschoppung derselben zu bewirken, so dafs jene Produkte secerniert werden, welche, wie wir wissen, mit dem Vorgange der Entzündung verknüpft sind und zur Entwickelung von Rötung, Schwellung, Blasenbildung und konsekutiver Hautablösung Anlafs geben. Es ist mir wohl bekannt, dafs manchmal bei einer besonderen und eigentümlichen Beschaffenheit der Atmosphäre auch die direkten Sonnenstrahlen im stande sind, ein Verbrennen herbeizuführen. Es sind mir manche eigentümlichen Fälle bekannt, dafs selbst in England an einem einzigen Tage mehrere Personen einbrannten, die früher niemals derartig afficiert gewesen waren. Ferner weifs ich, dafs manchmal (jedoch nicht immer) man auf dem Verdecke eines Schiffes bei totaler Windstille intensiv verbrennen kann, und dafs solches auch auf einem Flusse beim Kahnfahren passieren kann. Diese Beobachtungen thun aber der Annahme, dafs beim Schneebrand aufser der Hitze noch irgend ein anderer Faktor stets mit im Spiele sei, keinen Abbruch; vielmehr lassen sie uns vermuten, dafs die Sonnenstrahlen zu gewissen Zeiten auf eine bisher noch unaufgeklärte Weise durch atmosphärische, elektrische oder andere Ursachen beeinflufst werden und eine ähnliche Beschaffenheit annehmen wie die vom Schnee reflektierten Strahlen. Übrigens wirkt das von frischem Schnee zurückgeworfene Sonnenlicht viel energischer auf die Haut ein als das von altem Schnee reflektierte.

Wenn nun diese Voraussetzungen im wesentlichen richtig sind, so bleiben immer noch eine ganze Reihe von anderen interessanten Thatsachen übrig, welche mit dieser

Frage in Verbindung stehen, z. B. die durch Hautfarbe und Teint oder die Empfindlichkeit der Hautnerven bedingten Modifikationen, ferner die zur Erzeugung von Schneeblindheit führende Einwirkung auf die Augen, die dunkle Farbe der Holzhütten auf den höheren Alpen, wo Sonne und Schnee mit vereinten Kräften einwirken können, und schliefslich die eigentümlich gebräunte Gesichtsfarbe derjenigen Personen, die etwa im Engadin den Winter zuzubringen pflegen.

Zur Beleuchtung einiger der angeregten Fragen möchte ich die folgenden Beobachtungen mitteilen. Ein Herr W. erzählte mir, dafs er am 9. Juli 1886 den Findelengletscher passierte, um das Findeler Rothorn zu besteigen; dabei hatte er von der Sonne gar nichts zu leiden, bis man fast den Gipfel erreicht hatte, wo eine Strecke frischen Schnees zu überschreiten war. Hier fühlte er nach etwa fünf Minuten das beim Sonnenekzem auftretende Stechen und Brennen, und am Abend waren die gewöhnlichen Symptome bereits völlig entwickelt. Er hatte aufser auf dem Schneefelde, wo der Aufenthalt übrigens nur zehn Minuten dauerte, die Sonne gar nicht besonders empfunden. Ein Herr und seine Gattin (Herr und Frau L.) haben mir erzählt, dafs sie in ihrem ganzen Leben nie schlimmer einbrannten als bei der Besteigung der Pigne d'Arolla, und dafs sie bei dieser Gelegenheit von der Zeit ihres Aufbruches bis zu ihrer Rückkehr keinen einzigen Sonnenstrahl zu sehen bekamen. Vielmehr waren sie in so dichte und bis auf den Schnee hinunterreichende Wolken eingehüllt, dafs die Führer nur mit der gröfsten Mühe ihren Weg zu finden vermochten. Überdies war die Luft ganz kalt, und zwar war die Kälte so erheblich, dafs beim Stillestehen die Hände der Dame ganz blau und gefühllos wurden; sowohl sie, wie auch ihr Gatte waren in Bezug auf die höheren Alpenregionen sehr erfahren. Die Pigne d'Arolla ist ein 12472 Fufs hoher Berg, dessen Spitze stark mit Schnee besetzt ist. Wahrscheinlich war die über den Häuptern der Wanderer schwebende Wolke nicht sehr dicht und wirkte in irgend einer Weise so auf die Sonnenstrahlen ein, dafs deren irritierende Eigenschaften zur Entwickelung kamen.

Im Juni 1879 passierte ferner folgender Fall: Ein Herr mit sehr zartem Teint und hellfarbenen Augen, der fast als Albino zu bezeichnen wäre, wurde durch das Brennen der Sonne sehr krank. Er hatte tags zuvor den Titlis bestiegen, und sein Gesicht war nunmehr intensiv geschwollen, rot und schmerzhaft. Aufserdem waren seine Arme bis an die Ellenbogen in der gleichen Weise afficiert, hart und aufserordentlich schmerzhaft; sie waren wie taub, steif und unbeweglich; die Nacht zuvor hatte er wegen der Schmerzen und des allgemeinen Unbehagens kaum schlafen können. Tags darauf waren die befallenen Teile überall mit gelben Blasen besetzt, und der Kranke fühlte sich überhaupt recht leidend; die einzigen Gebiete, die nicht gelitten hatten, waren diejenigen, die durch eine Brille geschützt worden waren.

Es stellte sich heraus, dafs er beim Besteigen der Gletscherwand seine Hemdsärmel umgekrempelt hatte. Er war förmlich krank und mufste eine Zeitlang das Bett hüten.

Bei einer späteren Gelegenheit traf ich eines Morgens denselben Herrn auf der Bel-Alp, nachdem er tags zuvor wieder eine Gletscherpartie gemacht hatte und wiederum ein intensives Sonnenekzem acquiriert hatte. Das Gesicht war stark geschwollen, aber an verschiedenen Stellen fanden sich kleine Dellen, und ich konstatierte, dafs jede Einsenkung mit einer Sommersprosse zusammenfiel. Am folgenden Tage war das Gesicht noch stärker geschwollen und entzündet, und am dritten Tage war die Dellenbildung vollständig verschwunden. Man konnte wohl annehmen, dafs die braune Pigmentierung der Epheliden die unmittelbare Einwirkung der Sonnenstrahlen verhindert habe, dafs aber späterhin auch die Sommersprossen von der allgemeinen Entzündung in Mitleidenschaft gezogen wurden.

Jedermann kennt den wohlthuenden Einflufs, den ein brauner Schleier und braune Brillen zum Schutze der Augen ausüben, und ich möchte glauben, dafs Epheliden eine ähnliche schützende Wirkung bieten können. Ich beschlofs demnach, die Wirkung der Farbe an meiner eigenen Person auszuprobieren. Ich färbte mein Gesicht braun und bestieg dann an einem wunderschönen Tage, als viel Schnee gefallen war, den Gorner Grat. Es traf sich, dafs dies der erste schöne Tag in der Saison war, und infolgedessen vier verschiedene Gesellschaften zum Besteigen des Monte Rosa aufgebrochen waren; von den 100 Personen, welche zur Zeit im Hotel auf der Riffel-Alp logierten, waren ungefähr 80, unter denen ich mich auch befand, auf den Gorner Grat gestiegen, um die Bergbesteiger zu beobachten. Wie ich eben sagte, hatte ich mein Gesicht braun gefärbt, und am Abend konnte ich konstatieren, dafs, ich ausgenommen, sämtliche Personen, die auf dem Gorner Grat gewesen waren, über die schmerzliche Wirkung der Sonnenstrahlen zu klagen hatten. Die 20 Leute, welche in der Nähe des Hotels geblieben waren oder über Tag in den Wäldern umhergewandert waren, spürten gar keine Einwirkung, trotzdem sie sich reichlich der Sonne exponiert hatten. Am nächsten Tage machte ich wieder einen Gang über den Schnee, wobei ich mir das Gesicht zur Hälfte mit blauer Farbe, zur anderen Hälfte mit Korkkohle gefärbt hatte. Leider zogen Wolken auf und hielten den Himmel den ganzen Tag bedeckt; vielleicht ist es also diesem Grunde zuzuschreiben, dafs an diesem Tage meine Haut nachher keine Veränderungen aufwies. Da ich genötigt war, tags darauf nach England zurückzukehren, so bot sich mir keine Gelegenheit, meine Experimente weiter fortzusetzen.

Seitdem habe ich jedoch verschiedene Experimente in derselben Richtung mit der von Schauspielern zur Herstellung ihrer Masken benutzten Fettschminke ausgeführt. Teils war ich selber das Versuchsobjekt, teils experimentierte ich mit Bekannten, mit Damen, wenn ich ihrer zu diesem Zwecke habhaft werden konnte, oder mit Knaben. Diese Beobachtungen bestätigten sämtlich die Ergebnisse des Tages auf dem Gorner Grat; wo die Farbe aufgetragen war, fehlte das Ekzem, wo dieselbe f e h l t e, hatte eine mehr oder weniger entzündliche Reizung stattgefunden.

Nebenbei bestimmte ich so genau, als es unter solchen Umständen möglich war, die Temperatur auf den Felsen, dem Rasen und auf Schnee in demselben Augenblicke, wobei ich mich mit aller Bestimmtheit davon überzeugte, dafs auf dem Schnee, wo man doch am meisten einbrannte, die Temperatur am niedrigsten war.

Professor Langley berichtet von seiner Besteigung des Mount Whitney in der Sierra Nevada, ungefähr 300 Meilen südlich von San Francisco, dafs, „je höher er stieg, es stetig um so kälter wurde, und dafs dabei die Sonne um so heftiger brannte und die Haut geradezu versengte, so dafs am Ende des dritten Tages sein Gesicht und seine Hände aussahen, „als ob sie mit rotglühendem Eisen geätzt worden wären".

Professor Langley deutet dies dahin, dafs das Einbrennen einfach durch den Aufenthalt in einer dünneren Luft und in gröfserer Nähe der Sonne, mithin durch eine weniger herabgesetzte Energie des Sonnenlichtes als diejenige in der tieferen Regionen zu erklären sei. In gewissem Grade war dies ohne Zweifel der Fall, aber bei aufmerksamer Durchsicht dieser Abhandlung wird man sich mit grofser Bestimmtheit davon überzeugen, dafs dies nicht der einzige einwirkende Faktor ist; denn ich habe auch bereits hervorgehoben, dafs in geringeren Höhen — auf der Oberfläche der Erde, auf der See, auf Flüssen und auf gewissen Sandflächen und Felsen — man auch ein ganz erhebliches Sonnenekzem acquirieren kann, und dafs man ferner in gröfseren Höhen auf Rasenflächen und auf Felsen von anderer Farbe und Beschaffenheit nicht einbrennt, während man auf dem Schnee in der gleichen Höhe sofort afficiert wird. Diese Erfahrung ist von den Alpenbesteigern so allgemein bestätigt

worden, dafs meines Erachtens es gar nicht bezweifelt werden kann, dafs dem von Schnee und anderen weifsen und glänzenden Gegenständen reflektierten Lichte eine besondere Eigentümlichkeit innewohnt. Die Felsen, welche Professor LANGLEY überschritt, waren, wie er berichtet, von grauem Granit, und nach meinen bisherigen Ausführungen ist es klar, dafs diese krystallinische, graue Farbe unfehlbar die von ihrer Oberfläche reflektierten Sonnenstrahlen verändern und möglicherweise verstärken würde.

Der ehrenwerte Herr RALPH ABERCROMBY erwähnt in einem Briefe in der Zeitschrift *Nature* vom 15. April 1886 eine jener seltsamen Anomalien, durch welche die physiologische Erfahrung die Lehren der wissenschaftlichen Physik zu Schanden macht: erstens, dafs in Marokko und längs der ganzen Nordküste von Afrika die Eingeborenen sich die Umgebung der Augen schwärzen, um die durch den Glanz des heifsen Sandes leicht entstehende Augenentzündung zu verhüten; ferner, dafs auf den Fidschi-Inseln die Eingeborenen, welche sonst sich das Antlitz zur Zierde mit roten und weifsen Streifen bemalen, ausnahmslos sich dasselbe schwärzen, wenn sie in der vollen Sonnenglut auf den Riffen fischen gehen, und schliefslich, dafs auf den Hügeln von Sikhim die Eingeborenen sich mit Kohle die Umgebung der Augen schwärzen, um den Glanz der tropischen Sonne auf dem frisch gefallenen Schnee abzuschwächen. Aufserdem hat er mir persönlich erzählt, dafs er während eines Winteraufenthaltes in Kanada niemals unter dem Sonnenglanze zu leiden hatte, aus dem einfachen Grunde, dafs dort die Luft gewöhnlich so nebelig ist, dafs die Sonne stets mehr oder weniger trübe erscheint.

STANLEY sagt in seinem Buche *In darkest Africa* S. 156: „Die Hautfarbe der Eingeborenen in Mupe ist mehr ockerfarben, als schwarz. Wenn eine Gruppe derselben am jenseitigen Ufer eines Flusses beisammensteht, so kann man kaum einen Unterschied zwischen ihrer Körperfarbe und dem rötlich lehmigen Boden der Landungsstelle erkennen. Dies beruht zum grofsen Teil auf der Anwendung des Camwoodpulvers, welches sie, mit Öl vermischt, sich auf die Haut einreiben. Aber auch der dadurch gewährte Schutz gegen den Sonnenschein trägt an sich schon erheblich zur Erzeugung einer helleren Farbe bei. Der einheimische Knabe Bartartu z. B. mufste sich die Anwendung dieses allgemein gebräuchlichen Kosmeticums des Camwood versagen, und es zeigte sich dabei, dafs er viel heller gefärbt war, als durchschnittlich die Sansibariten."

Was die Schneeblindheit betrifft, die doch jedenfalls mit dem Eccema solare in Parallele zu stellen ist, so las ich vor einigen Jahren im *Lancet,* ein deutscher Gelehrter habe entdeckt, dafs das Sehpurpur der Retina durch Sonnenlicht schnell zerstört werde, und dafs diese schädliche Wirkung bedeutend vermindert werde, wenn das Licht durch farbige Gläser hindurchgeleitet wird. Namentlich braunes Glas hat mehr als irgend eine andere Farbe die Fähigkeit, das Auftreten solcher Veränderungen auf der Retina zu verhindern.

In der Ausgabe des *British Medical Journal* vom 24. Juni 1893 findet sich ein Aufsatz von MR. HEWETSON, Hon. Surgeon to the Eye Department of the Leeds General Infirmary, über „Eye Symptoms after Witnessing Electric Operations". Der Verfasser schildert darin einige Fälle, wo Elektrotechniker über intensive Schmerzen im Kopfe und an den Augen klagten und wegen des hochgradigen Blepharospasmus nicht im stande waren, ihre Augen aufzumachen; die Conjunctiva war hyperämisch, und die Pupillen waren eng und reaktionslos. Die sämtlichen Symptome waren eben durch die Einwirkung des elektrischen Lichtes und die Strahlen des geschmolzenen Eisens hervorgerufen.

Nach sechs bis acht Stunden war der Schmerz verschwunden, die Conjunctiva

war weniger hyperämisch, die Sehkraft war vollkommen intakt, und die Pupillen und die Spannung des Auges waren wieder normal. Der schnellen Besserung des Sehvermögens und dem guten Erfolge der Anwendung von Kokain nach zu schliefsen, ist es wahrscheinlich, dafs das Leiden hauptsächlich durch Reizung der Trigeminusfasern und der vasomotorischen Nerven entstand, und es wäre der Mühe wert, durch einen Versuch festzustellen, ob nicht solche Beschwerden erheblich vermindert werden könnten, wenn man die Augenlider und die Umgebung der Augen mit irgend einem Färbemittel einpinselt, wie dies von den Bewohnern von Sikhim zur Verhütung der Schneeblindheit geübt wird. Meines Wissens kommen Fälle von Sonnenstich in Gebirgsgegenden gar nicht vor, und Herr Ralph Abercromby, der grofse Reisen gemacht hat, sagte mir, dafs die Gegenden unmittelbar am Äquator in Bezug auf Sonnenstich nicht die gefährlichsten sind, sondern die subtropischen und semitropischen, dürren Länder, wie Scinde, das südwestliche Bengalien, die Vereinigten Staaten, Italien u. s. w.

Vor kurzem ist mir ein interessanter Bericht eines Offiziers aus Indien (der sich „R. E.“ unterzeichnet) zu Gesicht gekommen, worin derselbe seine Leiden infolge von Sonnenstich, sowie auch seine nach ähnlichen Prinzipien wie die beim Eccema solare und nivale erzielte Heilung schildern. Es dürfte sich empfehlen, die Schilderung in extenso wiederzugeben. Erschienen ist dieselbe im *St. James Gazette* vom 4. Juli 1893.

„Ich wurde 1877 als Invalide von Indien nach Hause geschickt, nachdem ich mit sehr geringem Erfolge zehn Monate lang mich bemüht hatte, den Kampf gegen die Sonne durchzufechten, und ich brauchte fünf Jahre, um von den Folgen wieder frei zu werden.

Im Jahre 1884 erhielt ich Befehl, wieder nach drüben zu gehen, und meinen früheren Erfahrungen nach zu urteilen, hielt ich es für das ratsamste, im voraus an das beste Beerdigungsgeschäft in Bombay zu schreiben und genaue Angaben über alle Einzelheiten zu machen, sowie eine Liste der betreffenden Freunde, welche zu dem letzten Akte einzuladen wären, vorauszuschicken, denn ich war mir vollständig klar darüber, dafs ich mich ungestraft nicht einmal in England der Sonne aussetzen konnte, geschweige denn in Indien. Indessen wurde ich durch verschiedene Umstände daran verhindert, diesen Plan noch vor meiner Abreise auszuführen, und als ich unterwegs war, kam mir der Gedanke, dafs sich vielleicht doch ein anderer Ausweg finden lassen könne.

Da ich nämlich aus Liebhaberei das Photographieren betrieben hatte, so war mir der Unterschied zwischen den Wärmestrahlen und den chemischen Teilen des Sonnenlichts und deren Verteilung im Spektrum bekannt. Ich hatte auch beobachtet, dafs man niemals einen schädlichen Einflufs bemerkte, wo es sich um die Einwirkung solcher Hitzestrahlen handelte, die aus einer mit geringer chemischer Wirksamkeit verbundenen Quelle stammten, mochte auch die Temperatur sogar noch weit über das Maximum, das jemals durch Einwirkung der direkten Sonnenstrahlen auf ein Thermometer mit schwarzer Kugel erzielt wird, hinausgehen; dahingegen erkrankten die Leute, die mit starken elektrischen Bogenlichtern arbeiteten, wie sie bei der Marine als Forschlichter in Gebrauch sind, fortwährend mit Symptomen, welche anscheinend mit den durch die direkten Sonnenstrahlen erzeugten identisch waren. Und trotzdem war die durch diese Bogen ausgestrahlte Hitze verhältnismäfsig unbedeutend zu nennen.

Hieraus folgerte ich nun, dafs der Sonnenstich und das Sonnenfieber weniger durch die Sonnenhitze, als vielmehr durch die chemischen Eigenschaften des Sonnenlichtes herbeigeführt werden; und ferner zog ich den Schlufs, dafs ich mich blofs wie

eine lichtempfindliche Platte zu behandeln habe und meinen Körper mit irgend einer Farbe, die zwischen gelb und rubinrot liegt, einzuhüllen, um mich selbst ebenso zu schützen, wie der Photograph seine Platte schützt. Sintemal die Beobachtung erwiesen hatte, dafs es einerlei ist, ob die gelbe oder rote Umhüllung sich auf der Aufsen- oder auf der Innenseite befindet, und da es ferner sehr auffallend gewesen wäre, in gelben Gewändern einherzugehen, abgesehen davon, dafs die dienstliche Instruktion betreffs Bekleidung solches nicht zugelassen hätte, so sorgte ich gleich beim Landen dafür, dafs alle meine Kleidungsstücke und Kopfbedeckungen mit einem billigen, einheimischen, tief orangefarbenen Futter versehen wurden.

Das Experiment war vollkommen erfolgreich. Während der nächsten fünf Jahre war ich fortwährend der intensivsten Hitze ausgesetzt. Ich hatte eine heifse Saison in Morar durchzumachen, dann wieder in Lahore und eine dritte ebensolche in Quetta; ich war einmal genötigt, 600 Meilen durch die Wüste von Bikanir zu marschieren. Es war dies gegen Ende März, und die Hitze war so enorm, dafs selbst meine Kamele und die einheimischen Begleiter darunter litten.

Es war mir bald klar, dafs ich mich nur durch das gelbe Futter gerettet hatte. Ohne dasselbe befand ich mich in einer genau ebenso üblen Lage wie vorher, mochte ich auch die gröfsten Ungetüme von Hüten aus Baummark oder Rückenmarkschoner tragen oder nicht. Meine ärztlichen Freunde verspotteten anfangs die ganze Idee und versicherten mich, dafs das Ganze nur auf Einbildung beruhe. Zwei von ihnen waren von der Richtigkeit ihrer Behauptungen so fest überzeugt, dafs sie eines Tages, während ich im Kasino frühstückte, das Futter aus meinem Hute entfernten. Als ich wieder herauskam, nahm ich meinen Hut, ohne zu argwöhnen, dafs damit irgend etwas vorgenommen worden war, und begab mich nach dem Bureau, eine Entfernung von etwa 1200 Fufs. Dies geschah etwa um 10 Uhr vormittags. Ich war kaum im stande, mein Ziel zu erreichen, und wenige Minuten nachher war ich bereits so krank, dafs ich den Arzt rufen lassen mufste. Zufällig war es der eine von den beiden Verschwörern, und er räumte sofort ein, dafs er sich geirrt hatte.

Seitdem habe ich das Verfahren bei vielen von meinen Bekannten versucht und habe keinen einzigen Mifserfolg zu verzeichnen gehabt. Es kommt dabei durchaus nicht auf die Art des benutzten Materials an sondern nur auf die Farbe. Ein Kamerad, der an der Hurnai-Eisenbahn beschäftigt war zu einer Zeit, als das Quecksilber im Thermometer überlief, und selbst die Fliegen verschwanden, nahm aus Mangel eines besseren Materials etwas gelbes Papier und fand, dafs dasselbe den Zweck ebensogut erfüllte.

Als ich von Indien fortreiste, hatte die Regierung Experimente betreffs Verwendung von Helmen mit orangefarbenem Futter anstellen lassen, aber ich habe niemals etwas über das Resultat derselben erfahren. Da indessen die Einwirkung der Sonne auf den Rumpf (d. h. auf Leber und Herz) viel schlimmer ist, als die auf den Kopf, und da ferner die Regierung sich nicht entschliefsen konnte, die Uniformen der Mannschaften neu füttern zu lassen (trotzdem das Futter für ein ganzes Bataillon noch nicht die Auslagen, die für den Heimtransport eines einzigen Invaliden gemacht werden, erreicht, und aufserdem nicht einmal den zehnten Teil des Preises für den Ersatz des Betreffenden), so gebe ich mich keinen allzu sanguinischen Hoffnungen auf eine Verminderung der Krankenliste hin."

Die von Schnee reflektierten Strahlen scheinen einen besonderen Einflufs auf die Erzeugung von Pigmentveränderungen in der Haut zu besitzen.

Unna sagt (*Selected Monographs on Dermatology*, *New Sydenham Soc.*, pag. 118) nach einem Resumé der Ansichten von Aeby, Riehl, Ehrmann u. a., dafs alle Beobachter sich wenigstens in Bezug auf den einen Punkt einig sind, dafs nämlich „das

Pigment nicht in der Epidermis entsteht, sondern aus der Cutis dorthin übertragen wird. Ferner, dafs in den tieferen Lagen der Epidermis das Pigment zwischen den Zellen liegt, während dasselbe weiter oben in die Zellen selbst eindringt und sich dann namentlich an dem distalen Ende des Kerns ansammelt". Ferner meint er, „dafs das Pigment längs der Kanäle eindringt, durch welche die von ihm beschriebenen intracellulären Nervenfasern sich verteilen."

Diese Pigmentablagerung stammt also aus den Gefäfsen her, und es kann kaum zweifelhaft sein, dafs es sich hier um einen Versuch seitens der Natur handelt, mittelst solcher Färbung die zarten Nerven und Gefäfse der Haut vor einer weiteren Reizung zu schützen. Diese Reizung wird ausgeübt in erster Linie durch die Einwirkung besonders gearteter Strahlen auf das lebende Gewebe, wobei einerseits eine direkte Beeinflussung der tiefen Zellen der Epidermis und andererseits eine direkte Einwirkung durch die zu- und abführenden vasomotorischen Nerven stattfindet; aufserdem könnten letztere direkt von den Sonnenstrahlen afficiert werden, und es würden sich die Veränderungen an den tiefen Epidermiszellen als eine Äufserung der lokalen Hyperämie darstellen.

Es scheint, dafs Schnecken mit und ohne Gehäuse, Eidechsen und andere Tiere desto dunklere Farben annehmen, je näher sie sich zur Schneedecke aufhalten; dieser Umstand würde sich auch in Übereinstimmung befinden mit meiner Beobachtung über die stärkere Reizwirkung der vom Schnee widergespiegelten Strahlen.

Während eines Winteraufenthaltes in Davos fiel mir namentlich die ungewöhnlich dunkle, braune Hautfarbe der dort sich dauernd aufhaltenden Personen auf; es sah aus, als wäre die Haut mit Walnufssaft gefärbt worden. Ich habe diese Gegenden auch im Sommer häufig besucht, aber trotzdem die Sonne dann viel kräftiger ist, so ruft sie dennoch bei weitem nicht eine so intensive Hautverfärbung hervor aufser bei denjenigen, welche Touren jenseits der Schneegrenze unternehmen. In Folkestone, wo ich längere Zeit gewohnt habe, hatte ich häufig Gelegenheit, die Winterreisenden auf der Fahrt von oder nach St. Moritz und Davos zu sehen, und ich konnte ausnahmslos dasselbe Resultat konstatieren. In Zusammenhang hiermit steht ferner die braune Farbe der Hütten auf den höheren Alpen. Ich wurde zuerst von Dr. C. J. B. Williams hierauf aufmerksam gemacht, als ich mit ihm die Ursachen der Braunfärbung der Haut besprach.

In den weniger hoch gelegenen Teilen, und wo weniger Schnee hinkommt, werden die Hütten nur wenig oder gar nicht gebräunt; dahingegen habe ich gefunden (und ich kann wohl sagen, dafs ich jetzt sehr reichliche Erfahrung in dieser Beziehung besitze), dafs eine solche Färbung in allen Schneegebieten ausnahmslos eintritt. Ich habe dieser Frage recht viel Aufmerksamkeit geschenkt, und ich konnte konstatieren, dafs diejenigen Teile der Gebäude, welche vom Schnee bedeckt werden, also in einer Höhe von etwa vier oder fünf Fufs von der Erde, und ferner die auf der Nordseite und an Stellen, wo keine vom Schnee reflektierten Strahlen hingelangen konnten, gelegenen Partien alle eine schmutzig weifse Farbe aufwiesen, ebenso wie das Innere der Chalets und die geschützten Teile zwischen den Balken.

Bei einigen wenigen fand ich sogar auf der Nordseite eine Braunfärbung, doch war in diesen Fällen in der Nähe immer irgend ein Abhang, welcher in einem solchen Winkel zum Hause stand, dafs die Sonnenstrahlen notwendig vom Schnee auf die Nordseite der Hütte zurückgeworfen werden mufsten. Bei Zermatt, Mürren und Bel-Alp bieten sich zahlreiche Beispiele dieser interessanten Thatsache dar. Ferner ist noch folgende interessante Beobachtung zu erwähnen: ausnahmslos findet man, dafs das Holzwerk über den Thüren der Kuhställe weifs ist, selbst dort, wo es am meisten der Einwirkung von Schnee und Sonne ausgesetzt ist. Anfangs überlegte ich,

ob dies wohl durch irgend eine chemische Veränderung infolge der Einwirkung der von den Tieren ausgeatmeten Kohlensäure bedingt sein mochte, aber seitdem bin ich darauf gekommen, diese weifse Farbe mehr dem fortwährenden Vorhandensein einer sehr grofsen Menge von Wasserdunst, welcher am oberen Teile des Einganges entweicht, zuzuschreiben und weniger auf die Einwirkung der Kohlensäure zu geben.

Späterhin habe ich häufig den Winter in den Alpen zugebracht und habe dann beobachtet, dafs in dieser Jahreszeit der Wasserdunst an den Thüren der Viehhütten am Holze festgefroren war und eine mehr oder weniger dicke Lage Eis oder Reif darauf bildete; hieraus schlofs ich, dafs sich die genannte Erscheinung durch das Hindurchdringen der Lichtstrahlen durch diese Schichte erklären lasse. Als ich aber die weifse Oberfläche abkratzte, fand ich darunter eine auf irgend einen vegetabilischen Organismus hindeutende, weiche, feuchte und grünliche Masse. Dr. Oliver, Professor der Botanik an der University College, der die Güte hatte, dies zu untersuchen, fand zahllose Mikrokokken und fungöse Gebilde sowohl zwischen als innerhalb der Holzfasern, welche zum grofsen Teile ihre natürlichen Eigenschaften eingebüfst hatten und in reine Cellulose umgewandelt worden waren. Demnach hatten zur Erzeugung dieser weifsen Masse (Cellulose) vielleicht mehrere Faktoren beigetragen — Wärme, Feuchtigkeit, Kohlensäure, das vom Eise gebrochene Licht und parasitäre Mikrobien und Fungi.

Da die direkten Sonnenstrahlen die Luft einfach passieren und nur eine geringe erwärmende Wirkung auf dieselbe ausüben, so folgt hieraus, dafs die Luft in der Nähe der Erde und der Felsen durch Berührung mit diesen letzteren selbst erwärmt wird, worauf sie sich nach allen Richtungen hin ausdehnt. Auf den Gletschern dagegen kann die Luft bei ihrer Berührung mit dem Schnee oder Eis kaum über den Gefrierpunkt hinauskommen, denn eine Erwärmung durch Kontakt findet hier nicht statt. Die schrägen Abhänge der Gletscher entstehen nicht nur durch die sich dort ansammelnde Menge Staub und Schmutz, sondern auch durch die Erwärmung der Luft durch die Berührung mit den angrenzenden Felsen, welche ja auch nach dem Untergange der Sonne auf den Gletschern eine Zeitlang Wärme noch ausstrahlen. Wenn der Staub und Schmutz auf einem Gletscher eine nicht allzu dicke Lage bilden, so absorbieren sie fortwährend Wärme und übertragen dieselbe auf das umgebende Eis, so dafs letztere rapide schwindet und zur Entwickelung kleiner Quellen und Bassins Anlafs giebt. Dieses Prinzip wird von den Einwohnern verwendet, um den Schneepfad oder Weg von der Théodule-Hütte nach Breuil hart zu machen; es wird dunkle Erde auf den Schneepfad gestreut, welche dann Hitze aufnimmt und ein schnelles Schmelzen des darunterliegenden Schnees bewirkt; durch die Nachtfröste wird die ganze Masse dann viel fester als vorher, und die Reisenden werden auf diese Weise vor dem tiefen Einsinken in den Schnee während der warmen Tagesstunden bewahrt.

Meine Schlufsfolgerungen kann ich im allgemeinen folgendermafsen zusammenfassen:

1. Dafs die Hitze per se nicht die Ursache des Eccema solare ist.

2. Dafs gewichtige Gründe dafür sprechen, dafs genanntes Leiden durch die violetten oder ultravioletten Strahlen, welche der Schnee zurückwirft, verursacht wird; dieses reflektierte Licht braucht aber nicht von der gleichen Beschaffenheit zu sein wie das auffallende.

3. Kapitän Abney hat beobachtet, dafs die violetten und ultravioletten Strahlen auf gröfseren Höhenpunkten sehr stark sind, und er meint, dafs die gröfsere Erhebung einen wichtigen Faktor bei der Entstehung des Sonnenekzems abgiebt.

4. Dafs die Höhenlage an sich allein das Sonnenekzem nicht bedingt, denn es

kann passieren, dafs man z. B. auf Felsen in einer Höhe von 10000 Fufs nicht einbrennt, während man beim Hinabsteigen auf einen 3—4000 Fufs tiefer liegenden Gletscher sofort afficiert wird.

5. Dafs das Eccema solare und die Schneeblindheit ätiologisch auf ähnlichen Momenten beruhen, und dafs auch der Sonnenstich mit diesen beiden Affektionen in Parallele gestellt werden kann.

6. Dafs die Strahlen des elektrischen Lichtes im grofsen und ganzen die gleichen Wirkungen erzeugen wie die vom Schnee reflektierten Sonnenstrahlen.

7. Dafs die Braunfärbung der Haut und desgleichen der Holzhütten wahrscheinlich durch die vom Schnee reflektierten Strahlen bedingt wird.

Die verschiedenen hier mitgeteilten Beobachtungen werden sich möglicherweise durch ein paar einfache physikalische Gesetze erklären lassen — z. B. das Glas ist den am roten Ende des Spektrums sich ansammelnden dunklen oder langen Hitzestrahlen gegenüber atherman, aber andererseits läfst das Glas die Lichtstrahlen ohne weiteres durch, und diese können durch jenseits befindliche Gegenstände dann alsbald zerlegt werden, wobei eine Abtrennung der langen Wärmestrahlen, welche dann alsbald als wahrnehmbare Hitze ausgestrahlt werden, stattfindet. Hierfür liefert uns jedes Treibhaus die besten Beispiele. Durch das Glas werden nur die Lichtstrahlen eingelassen, und im konkreten Falle wird die gesamte sich im betreffenden Raume ansammelnde Energie umgewandelt und dann als lange Hitzestrahlen von der Erde und den sonstigen dort befindlichen Gegenständen weitergeleitet, welche als Mittel für die Umwandlung der „Leuchtkraft“ in die Form von Wärme gedient haben. In ähnlicher Weise läfst die durchsichtige Epithelschichte einer zarten Haut die Lichtstrahlen bis an die Nerven, Gefäfse und andere unmittelbar daruntergelegenen Gewebe hindurchtreten; nach dem Durchtritt werden die Lichtstrahlen dann wahrscheinlich zerlegt und entwickeln wohl dunkle oder lange Wärmestrahlen, welche fühlbar werden und just an den betreffenden Gefäfsen jene primären Vorgänge erzeugen könnten, welche eine Entzündung und deren weitere Folgen herbeiführen. Eine schwarze Haut hingegen und die verschiedenen Pigmente absorbieren diese Lichtstrahlen und verhindern deren Herantreten an jene vitalen Teile, welche durch Reizung in einen Zustand entzündlicher Veränderung versetzt werden können.

Was die auffallende aber wohl verbürgte Beobachtung betrifft, dafs man trotz dem Kältegefühl auf einem Gletscher im Nebel schlimmer einbrennen kann, als im direkten Sonnenlichte, so können wir annehmen, dafs der Nebel beinahe wie Glas für die dunklen Wärmestrahlen atherman ist, und die Erklärung von der Wirkung des Eintretens des Lichtes in ein Treibhaus kommt uns zur Erklärung auch des im Nebel entstehenden Sonnenekzems zu statten.

Alle diese Beobachtungen und Schlufsfolgerungen mufs man natürlich im weitesten und in philosophischem Sinne auffassen, und ihre Beziehungen zu den verschiedenen pathologischen Zuständen, welche sich im menschlichen Körper entwickeln können, müssen von Ärzten und Chirurgen abgeurteilt werden. Mr. Jonathan Hutchinson hat einige sehr bösartige Fälle seiner sogenannten „Summer Eruption“ uns vorgestellt,[1] und er glaubt, sie der reizenden Wirkung der Sonnenstrahlen zuschreiben zu sollen. In einer seiner nachher publicierten Abhandlungen erwähnt er auch meine Auffassung und meint, dafs dieselbe eine annehmbare Erklärung seiner Fälle bietet.

Dr. Pringle hatte die grofse Freundlichkeit, mir einen derartigen Fall zu zeigen, und ich war so frei, ihm die ausgiebige Anwendung von Fettschminke als

---

[1] *Clin. Soc. Trans.* Vol. XXII.

prophylaktische Maſsregel vorzuschlagen. Wenn die Sonnenstrahlen im stande sind, ein Einbrennen, Erythem, Eccema solare, Entzündung und Blasenbildung hervorzurufen, so werden sie offenbar auch tiefe und obstinate, schleichende und chronische Ulcerationen verursachen können. Es ist dazu nur eine besondere Empfindlichkeit des betreffenden Individuums, jene unbekannte Gröſse der „Idiosynkrasie" nötig, um die Entstehung der ernsteren lokalen Affektionen zu ermöglichen. Dasselbe gilt auch von den allgemeinen Störungen, die man als Sonnenmattigkeit, Sonnenfieber und Sonnenstich kennt, und welche vielleicht ebensosehr durch die physikalischen Eigenschaften der Sonnenstrahlen verursacht werden, wie die dem Beobachtungs- und Wirkungskreise des Dermatologen näherliegenden lokalen oder oberflächlichen Affektionen.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nicheim.)

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Alopecia areata.

Von

Dr. Leo Leistikow-Hamburg.

Es giebt nur wenige Dermatosen, welche sich therapeutisch so schwierig, so trügerisch und renitent erweisen, wie die Alopecia areata. Wir haben dieser Affektion in den letzten Jahren die gröſste Aufmerksamkeit zugewandt, zumal sich die Erkrankungen in auffallender Weise häuften. Auf 100 Hautkranke kamen im Jahre 1889 5, 1890 8, 1891 10, 1892 11 und 1893 sogar 13 Patienten mit Alopecia areata. Zwei Drittel der Kranken waren weiblichen Geschlechts, drei Viertel waren Kinder, ein Viertel Erwachsene. Durchweg handelte es sich um anämische und meistens um grazile und magere Individuen. Die wohlhabende, wie die ärmere Klasse waren in gleichem Maſse befallen.

In den meisten Fällen war die Krankheit ohne jede äuſsere Veranlassung aufgetreten, bei 5% der Gesamtheit war sie jedoch im Anschluſs an plötzliche heftige Gemütsaufregungen, bei 3% nach geistiger Überarbeitung, bei 10% nach überstandenen schweren Allgemeinerkrankungen wie kroupöse Pneumonie, Cerebrospinalmeningitis, Abdominaltyphus, und perniciös verlaufenden akuten Infektionskrankheiten entstanden.

Keines der zahlreichen empfohlenen Mittel leistet vollkommenes.

Während wir früher Sublimat, Resorcin, Schwefel, Kantharidentinktur, Massage, konstanten und Induktionsstrom gegen diese Dermatose verordneten, lenkten wir infolge einer Unterredung mit Robinson - New York, welcher die Chrysarobinbehandlung warm befürwortete, unsere Aufmerksamkeit auf das Chrysarobin. So haben wir denn seit vier Jahren mit

Ausnahme von Acid. carbolic. concentrat. (Ohmann-Dumesnil) fast ausschliefslich das Chrysarobin in Anwendung gebracht.

Die Resultate waren kurzweg folgende:

Alopecia areata totalis capitis.

65% ohne therapeutischen Erfolg.
15% Auftreten feinster Härchen.
9% Auftreten büschelförmiger Haarzonen.
11% Heilung: hiervon 5% Recidive.

Alopecia areata circumscripta capitis.

4% ohne therapeutischen Erfolg. Fortschreiten des Prozesses.
3% ohne therapeutischen Erfolg. Stationärbleiben des Prozesses.
35% Auftreten feinster Härchen.
58% Heilung: hiervon 30% Recidive.

Etwa zwei Drittel der Recidive entzogen sich der Behandlung;

Ein Drittel wurde wiederum geheilt und blieb bis heute recidivfrei.

Ein Blick auf diese Zahlen weist uns darauf hin, dafs die Chrysarobinbehandlung die gröfste Empfehlung verdient. Wir wandten dieses Mittel in früheren Jahren einzig und allein in Salbenform an. Täglich wurde 1—2 mal eine 5—10%ige Chrysarobinsalbe in die Kopfhaut eingerieben. Darüber kam eine Kappe aus Guttaperchapapier, deren äufserste Enden an den Haargrenzen mit Zinkleim befestigt wurden; eine wollene Kappe hielt das Ganze fest. Dies Verfahren hatte seine Umständlichkeit. Häufig trugen die Patienten den Kopf ohne Bedeckung, beschmutzten die Wäsche und litten auch nicht selten an Konjunktivalkatarrh und Chrysarobindermatitis des Gesichts.

Wir wandten deshalb unsere Aufmerksamkeit den Salbenstiften zu, und der Chrysarobinsalbenstift hat sich seitdem als Alleinherrscher der Area-Therapie eingebürgert. Derselbe hat folgende Zusammensetzung:

℞ *Chrysarobin*	30,0
Colophonii	5,0
Cera flav.	35,0
Ol. Olivar.	30,0

Mf. Stilus unguinosus.[1]

Der Salbenstift hat die Konsistenz einer Stangenpomade. Seine Applikation ist äufserst einfach: die ganze Kopfhaut wird unter möglichster Schonung der Haare abends vor dem Schlafengehen mit dem Salbenstifte eingerieben. Die Bettwäsche und die Augen werden durch das Tragen einer Badekappe geschützt. Am Morgen entfernt man das Chrysarobin durch Olivenöl. Bei Tage setzt man die Behandlung aus, abends aber erfolgt Wiederholung der Procedur. Nach einigen Tagen

[1] Vorrätig in der Schwanapotheke des Herrn Dr. Mielck-Hamburg, in Stanniol verpackt.

pflegte eine Reizung der Kopfhaut einzutreten, welche sich in den meisten Fällen in der charakteristischen Chrysarobinrötung äufsert, in den seltensten Fällen erfolgt Blasen- oder Pustelbildung. Man setzt jetzt mit den Salbenstifteinreibungen aus und reibt anstatt dessen Zinksalbe in die Kopfhaut ein, welche des Morgens wieder durch Öl entfernt wird. Nach dem Verschwinden der Chrysarobinreizung kehrt man wieder zum Salbenstift zurück, der Erfolg zeigt sich, wenn nach etwa 14 Tagen die charakteristischen Areastümpfe verschwunden sind und ein feiner Haarwuchs eintritt. Die Wirkung wird um so befriedigender ausfallen, je länger und konsequenter die Behandlung durchgeführt wird. So haben wir schon nach vier Wochen, oft allerdings erst nach Monaten befriedigende Resultate zu verzeichnen gehabt.

Nicht unerwähnt mag bleiben, dafs diese Areabehandlung sich auch schon seit Jahren bei der Trichophytia tonsurans capitis sowohl in der Privatpraxis, wie in der Poliklinik bewährt hat.

Auch bei der selteneren Alopecia areata barbae hat die Chrysarobinsalbenstiftbehandlung in 22 Fällen uns gute Dienste geleistet. Bei dieser Erkrankung rasiert man zunächst den Bart, hierauf werden die erkrankten Partien (nicht die ganze Bartgegend) mit dem Chrysarobinsalbenstift bei Tage eingerieben und dem Patienten eindringlich empfohlen, die Augen zu schonen. Nachts legen wir zur Milderung der Reizerscheinungen eine Salbenmulldecke z. B. Zinkbenzoë- oder Zinkichthyolsalbenmull auf die mit Chrysarobin bestrichenen Stellen. Der Erfolg war hier ein ebenso günstiger, wie bei der Area capitis.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 14. November 1893.

Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.

Herr Joachimsthal über **Knochendeformitäten bei hereditärer Lues mit Vorstellung eines Knaben.**

Derselbe ist acht Jahre alt, das vierte und letzte Kind seiner Eltern, der Vater starb an progressiver Paralyse; Mutter ist gesund, hat keine Fehlgeburten durchgemacht; eine ältere Schwester ist taubstumm, eine zweite fast blind. Nach Angabe der Mutter trat bei dem Knaben gleich nach der Geburt ein Ausschlag auf; es stellte sich gleichzeitig eine Nasenaffektion ein mit ständigem Schnupfen und zeitweiliger Ausstofsung übelriechender Massen, ferner eitriger Ohrenflufs; Drüsenschwellungen sollen ebenfalls bemerkt worden sein; ganz allmählich traten schmerzhafte Anschwellungen an verschiedenen Knochen des Skeletts auf, namentlich am Unterschenkel und Vorderarm. Er wurde deshalb der chirurgischen Behandlung der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie überwiesen.

Patient ist ein blasser Knabe mit geringem Fettpolster und schlaffer Muskulatur; bei den inneren Organen fand sich nichts aufser einer geringen Schwellung der Milz; Zeichen von Tuberkulose waren nicht vorhanden, die Cubitaldrüsen beiderseits deutlich geschwollen, Hals-, Nacken- und Inguinaldrüsen vergröfsert. Von den Zähnen fehlten einige, einige waren kariös; Deformitäten der oberen mittleren Schneidezähne „nach HUTCHINSON“ fehlten. Die hintere Rachenwand zeigte hirsekorngrofse Granula, die rhinoskopische Untersuchung ergab eine starke Schwellung der unteren Muschel, besonders rechterseits; im linken äufseren Gehörgange übelriechender Eiter, im unteren Quadranten des Trommelfelles eine Perforation.

Besonders fielen nun Veränderungen am Skelett auf, namentlich an beiden Vorderarmen und Unterschenkeln. Am Kopf prominierten die Tubera frontalia sehr stark; der Umfang des Schädels war vergröfsert. Rechts fand sich nun in der Mitte der Tibia mehr nach dem oberen Abschnitt des Knochens hin eine schmerzhafte Auftreibung (ca. 3 cm lang) und Verbreiterung der inneren Fläche; links an derselben Stelle nur in geringem Mafse, jedoch in der unteren Hälfte der Fibula eine starke Verdickung, auf Druck sehr schmerzhaft. Auch die Ulna zeigte rechts in der Mitte eine starke, schmerzhafte Auftreibung. Der Radius war jedoch in seinem unteren und einem Teile des mittleren Drittels nicht nur stark verdickt, sondern er zeigte sogar eine starke radialwärts konvexe Verkrümmung und Verlängerung; der Proc. styloid. radii überragte den Proc. styloid. ulnae um $1^1/_2$ cm; dadurch entstand eine Verschiebung der Hand nach der ulnaren Seite, eine Varusstellung. Ähnliche Verhältnisse, nur verstärkte, waren an der linken Seite; die Varusstellung war hier noch beträchtlicher, als auf der anderen Seite. Daneben zeigte aber auch das mittlere Drittel des Radius linkerseits eine starke, auf Druck empfindliche Schwellung, durch welche das Ellenbogengelenk in seinen Bewegungen sehr gehemmt wurde; Pro- und Supination waren in nur geringem Mafse unter heftigen Schmerzen passiv ausführbar. Die Muskulatur zeigte hochgradige Atrophie; aktive Bewegungen der Extremitäten waren sehr schmerzhaft, so dafs sie möglichst vermieden wurden; der Kranke bot daher einen pseudoparalytischen Zustand dar.

Nach einer energischen antisyphilitischen Kur mit Jodkalium, Sublimatbädern etc. wurde sein Zustand wesentlich gebessert. Beiderseits besteht noch die Verdickung der Diaphyse der Ulna und des unteren Radiusendes, jedoch wesentlich geringer und schmerzlos; die Varusstellung der Hände ist weniger auffallend; im linken Ellenbogengelenk normale Beweglichkeit, rechterseits noch eine Auftreibung der Mitte der inneren Tibiafläche; links ist die Fibula im mittleren und unteren Abschnitt noch auffallend verdickt; das Allgemeinbefinden ist wesentlich gehoben; der kleine Patient kann schon wieder die Schule besuchen und am Turnunterrichte teilnehmen.

Bei der Beurteilung dieses Falles konnte man im Anfang an Tuberkulose denken, dagegen sprach der Mangel sonstiger tuberkulöser Erkrankungen innerer Organe, ferner der Sitz der Knochenveränderungen, hauptsächlich an der Diaphyse, und das Fehlen kariöser Prozesse. Auch die von PAGET 1876 beschriebene Ostitis deformans kommt hier nicht in Betracht, da sie nur Erwachsene befällt und aufserdem Extremitäten, Schädel, Becken und Wirbelsäule ergreift. — Man mufste hier jedoch bei der geringen Vergröfserung der Milz und der Schwellung der Lymphdrüsen an eine allgemeine Bluterkrankung denken, wie sie vor kurzem von NOTNAGEL als Lymphadenia ossium an einem Falle beschrieben wurde.

Die Blutuntersuchung, die Herr Dr. ENGEL vornahm, ergab keine schwere Bluterkrankung, so dafs also auch diese Möglichkeit ausgeschlossen werden konnte.

Indes die Frage der Blutuntersuchung bei Syphilis, besonders bei hereditär-syphilitischen Kindern, ist gerade augenblicklich sehr rege, und so sei, um einen

Beitrag hierfür zu liefern, erwähnt, dafs der Hämoglobingehalt auf 70% vermindert war, die Zahl der roten Blutkörperchen $4^1/_4$ Millionen, der eosinophilen Zellen 4% statt 2% betrug; Myelocyten, kernhaltige Rote und unentwickelte Lymphocyten waren nicht vorhanden. Loos, der der Anämie bei hereditärer Lues in neuerer Zeit seine Aufmerksamkeit zugewandt hat, hat den Eindruck gewonnen, als wären die eosinophilen Zellen um so reichlicher im Blute vorhanden, je ausgedehnter die spezifischen Exantheme sind. Dagegen spricht unser Fall, wo eine Vermehrung der Zellen ohne jemals beobachtetes Exanthem statthat. Die diagnostische Bedeutung dieser Elemente ist namentlich durch Zappert stark erschüttert worden, welcher gezeigt hat, dafs bei Kindern überhaupt eine hohe Zahl der eosinophilen Zellen zur Regel gehört.

Besondere Beachtung verdient noch die an beiden Händen unseres Patienten bestehende Deformität. Ob die Verlängerung des Radius durch periostale Prozesse zu erklären ist, erscheint zweifelhaft; vielmehr müssen wir wohl auch auf eine Beteiligung der Epiphysenlinie rekurrieren, da ja, wie die Erfahrung lehrt, der Epiphysenknorpel bei hereditärer Lues selbst nach grofsen Zerstörungen auch in Bezug auf seine physiologische Funktion restituiert zu werden pflegt. — Schede teilte 1877 auf dem Chirurgenkongresse einen ähnlichen Fall mit; es handelte sich um eine chronische Periostitis der rechten Tibia infolge hereditärer Lues, die bei dem damals 15jährigen Mädchen neun Jahre bestanden hatte. Durch erhebliche Wachstumssteigerung war die kranke Tibia um 8—9 cm länger, als die gesunde der anderen Seite, infolgedessen entstand eine sehr bedeutende bogenförmige Verkrümmung der Tibia mit der Konvexität nach innen und eine hochgradige Schiefstellung der unteren Gelenkfläche nach unten und aufsen, so dafs die Patientin in starker Valgusstellung beim Gehen mit dem Malleolus internus den Boden berührte und die inneren Seitenbänder in ganz ungewöhnlichem Mafse gedehnt und erschlafft waren.

Unsere Beobachtung liefert den Beweis, dafs solche einseitige Verlängerung eines Knochens nicht nur am Unterschenkel, sondern auch am Vorderarme, durch Lues bedingt, vorkommen kann. Es ist hier von besonderem Interesse, dafs mit dem Rückgange der übrigen Krankheitserscheinungen unter dem Einflusse der Therapie auch die durch Verlängerung der Radii bedingte Varusstellung der Hände sich erheblich gebessert hat. Daher erweisen sich operative Eingriffe, wie Schede solche, bestehend in der Herausnahme eines Keiles der Tibia und der linearen Durchtrennung der Fibula, für nötig erachtete, in unserem Falle als überflüssig. — Herr Grimm meint, dafs hier nach seiner Überzeugung nur Lues vorliegen kann, er habe viele derartige Fälle bei Kindern mit Verlängerung einzelner Knochen beobachtet.

Darauf folgt der Jahresbericht.

Alsdann stellt Herr Lennhof **vier Geschwister mit Ichthyosis congenita** vor. Bei dem ältesten Mädchen sind die Erscheinungen ziemlich ausgesprochen, bei den anderen nur in geringem Grade. Das eine Kind ist von Jugend auf stumm, kann aber gut hören; es ist im übrigen etwas schwachsinnig. Weder Vater noch Mutter haben daran gelitten, dagegen hat die Grofsmutter eine sehr rauhe Haut gehabt, ein Onkel, Bruder der Mutter, ebenfalls und drei Kinder desselben.

Herr Lassar: Die Ichthyosis gilt im allgemeinen als eine angeborene Krankheit. Im Gegensatz dazu stellt er eine Frau vor, welche bis auf die Rötung alle Erscheinungen der Ichthyosis zeigt, aber nicht damit geboren ist, sondern das Leiden erst im erwachsenen Zustande erworben hat. — Als Pityriasis rubra wurde früher ein Fall von ihm behandelt, der sich schliefslich als Ichthyosis acquisita herausstellte.

Herr Saalfeld stellt zwei Geschwister mit **Ichthyosis** vor.

Herr Rosenthal: An der Diagnose Ichthyosis ist kein Zweifel; wenn man jedoch

nur die eine Patientin ohne die Geschwister sieht, so mufs man an Pityriasis simplex denken, woraus hervorgeht, dafs beide Affektionen nicht voneinander verschieden sind: Geringer Grad von Ichthyosis und Pityriasis.

Herr Lewin führt eine Familie an, wo Vater und Mutter gesund sind, dagegen vier Kinder an Ichthyosis leiden. — Man kann die Ichthyosis nicht recht congenita nennen, weil sie erst im zweiten oder dritten Jahre auftritt; ferner wolle er fragen, ob die Kinder Masern oder Pocken gehabt haben, da im Anschlufs an diese Krankheiten Heilungen beobachtet worden sind.

Herr Saalfeld: Die Kinder haben Masern gehabt; eine gewisse Besserung sei durch „Thilanin" herbeigeführt worden.

Herr Lewin hat beobachtet, dafs die Affektion sich in weiblicher Linie seltener fortpflanzt, als in männlicher. Der berühmteste Fall derart ist der von Lambert beschriebene, wo vorwiegend Söhne, aber nicht die Töchter betroffen wurden. Ichthyosis acquisita habe er bei Frauen beobachtet, die scheuerten. Aber auch Frauen, die nicht scheuerten, zeigten dieselben Erscheinungen an den Knien.

Herr Blaschko: Die eigentliche echte Ichthyosis ist kein Krankheitsprozefs, sondern eine Keimesanomalie, wie sie unter Umständen eine Generation überspringen oder sich in schräger Linie einmal vererben kann; dies ergiebt sich auch aus den Fällen, die Herr Lennhof vorgestellt hat, ganz klar. Man müfste den Ausdruck Ichthyosis für eine durch abnorme Keimesanlage bedingte Veränderung der Epidermis gebrauchen; im Gegensatz zu Lichen pilaris, Pityriasis rubra, welche eigentlich Krankheitsprozesse darstellen, ist Ichthyosis eben nur eine Keimesanomalie.

Herr Lewin betrachtet alle Krankheiten im Körper als Keimkrankheiten. — Fälle von Ichthyosis, die angeboren sind, gehen entweder im Mutterleibe oder gleich nach der Geburt zu Grunde.

Herr Oesterreicher hält die vorgestellten Fälle nicht für Ichthyosis congenita, sondern für Ichthyosis acquisita hereditaria; bei der ersteren leben die Kinder nicht lange.

Herr Blaschko: Ichthyosis congenita oder foetalis haben mit dieser Ichthyosis nichts zu thun. Jenes sind Fälle von intrauterinen Erkrankungen, wo die Kinder mit diesem eigentümlichen Panzer zur Welt kommen und gleich darauf zu Grunde gehen.

Wenn eine solche Keimesanomalie sich erst in späteren Jahren zeigt, so ist das eine homochrone Vererbung.

Herr Lennhof: Bei dem einen Kinde, bei dem die Erscheinungen sehr ausgesprochen sind, will die Mutter von Anfang an eine rauhe Haut bemerkt haben. Bei den Kindern des Onkels sind die Erscheinungen gering; bei dem Vater dieser Kinder befinden sich die rauhesten Stellen unterhalb der Knie, obgleich der Mann verneint, viel auf den Knien zu liegen; er giebt an, von Kindheit an sich da stark gewaschen zu haben. Masern haben die Kinder alle gehabt, es läfst sich jedoch kein Einflufs derselben nachweisen.

Herr Isaac lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Patienten, der seit einem Jahre leidend ist. An den Extremitäten entstanden reichliche Geschwüre, mit heftigem Fieber auftretend. Er ging alsdann zum Homöopathen, der ihm Pulver gab, nach denen der Ausschlag zurückgegangen sein soll. Im Sommer dieses Jahres stellten sich dieselben Erscheinungen wieder ein, die von selbst zurückgingen. Am Anfang des Winters traten sie von neuem auf. Am Unterschenkel finden sich etwa pfennigstückgrofse tiefe Narben, als wenn etwas herausgebohrt worden wäre. Der Ursprung derselben liegt in den Furunkeln, welche sich an den Extremitäten hie und da vorfinden. Interessant sind kleine Efflorescenzen am Rücken, linsenförmige, graue, oblonge Knötchen, überall mit einem Loch versehen ohne jede Spur von entzünd-

lichen Erscheinungen. Es ist wahrscheinlich eine eigentümliche Form von **Acne necrotica**, dafür sprechen die Form und der Verlauf, die Narbenbildung, die geringen entzündlichen Erscheinungen und die trockne Gangrän am Rücken und den oberen Extremitäten. Differential-diagnostisch kämen in Betracht Lichen ruber und Lues, doch sprechen gegen Lichen: das Fehlen des charakteristischen Juckens und des Glanzes der Knötchen; ferner sind die Efflorescenzen zu grofs und stehen nicht in Gruppen. Für Lues ist anamnestisch und objektiv nichts zu ermitteln. Gegen Acne necrotica spricht, dafs die Prädilektionsstellen nicht ergriffen sind. Die kleinen Löcher, um die herum sich der Prozefs entwickelt, sehe er für die Öffnungen der Talgdrüsen an.

Herr Rosenthal hat einen Fall beobachtet, der genau so war, wie dieser; er könne dies nur als Acne necrotica ansehen; die Narben auf dem Rücken beweisen, dafs um die Acneknötchen eine gewisse Nekrose eintritt, die nachher eben zur Narbenbildung führt.

Herr Bruck erinnert sich, dafs vor einigen Jahren in den *Monatsheften für praktische Dermatologie* von Boeck einige Fälle beschrieben worden sind, die ebenso verliefen.

Herr Lassar erwähnt, dafs die dort beschriebenen Fälle ein viel groteskeres Aussehen hätten und sich durch Geschwüre geltend machten.

Herr Bruck: Abweichend war die blaurote Farbe, die Boeck beschrieb, während hier die Epidermis mehr farblos und der Rand gefärbt ist. Aufserdem berichtet Boeck, dafs der Patient an den Stellen, die der Luft ausgesetzt waren, befallen wurde, während das hier nicht der Fall ist.

Herr Ledermann empfiehlt eine neue Salbengrundlage an Stelle der bisher bekannten. Weder von Adeps noch von Vaselin kommt eine beträchtliche Menge in die Haut, und das Lanolin bedarf einer eindringlichen Einreibung mit Fett und Öl, ehe es seine penetrierenden Eigenschaften entfaltet. Diese Salbengrundlagen sind zwar dazu geeignet, wo es darauf ankommt, die Epidermis zu schützen, also für Dermatosen, nicht aber, um hinreichend Medikamente durch die Haut in den Körper zu bringen. Diese Salbengrundlage wegen ihrer Eigenschaft, leicht resorbiert zu werden, **Resorbin** genannt, führt in kurzer Zeit viel Fett in die Haut hinein; sie gehört zu den Fettemulsionen. Die Haut bleibt dabei sehr wenig fettig, und man kann ohne Occlusivverband selbst differente Medikamente einführen. Sie wirkt gleichzeitig als Kühlsalbe, weil sie wasserhaltig ist. Sie eignet sich zur Behandlung von Ichthyosis, Psoriasis, Pityriasis, Skleroderm etc., ebenso für artificielle Dermatitiden, für Geschwüre und Rhagadenbildung. Man kann mittelst dieser Salbengrundlage Chrysarobin, Naphtol, Perubalsam in geeigneten Fällen ausgiebig in den Körper bringen. Er habe selbst Versuche angestellt mit einer mittelst Resorbin hergestellten grauen Salbe. Sie läfst sich in kurzer Zeit in die Haut einreiben und besitzt einen angenehmen, schwach aromatischen Geruch; man reibt nur so lange ein, bis die sichtbare Salbe verschwindet und einen matt glänzenden Schein hinterläfst. Man kann nach einiger Zeit das Quecksilber wieder herauspressen. Es empfiehlt sich, die Salbe in möglichst dünner Schicht aufzutragen. Inveterierte Fälle von Lues seien nach 20—25 Einreibungen zurückgegangen, ebenso recente Syphilide. Bei einem Kinde mit Plaques im Munde fing nach 10 Einreibungen schon teilweise eine Pigmentierung an. Die Besonderheiten der Salbe sind also, 1. möglichst viel Fett in möglichst kurzer Zeit in die Oberhaut zu bringen, 2. Medikamente durch die Haut einzuführen. Es ist eine Fettemulsion, das Fett wird durch einen komplicierten Apparat emulgiert. Besondere Darstellung ist Fabrikgeheimnis. (Preis ist der des Lanolins).

Herr Saalfeld berichtet von einem Fall bei einem Kollegen, bei dem die Schmierkur mittelst dieser Salbe schneller von statten ging.

Auf Herrn Rosenthal, der die Salbe vorher gesehen, hat sie ebenfalls einen günstigen Eindruck gemacht.

Herr Lewin: Man müfste an Stückchen ausgeschnittener Haut beobachten, wie schnell und wie tief die Salbe eindringt. Auf seine Anfrage, wie der Einflufs der Salbe auf Mundaffektionen sei, teilt Herr Ledermann mit, dafs in einem Falle nach der vierten, in einem anderen Falle etwas später eine leichte Gingivitis eingetreten sei; 3—4 g seien jedesmal eingerieben worden.

Herr Lassar über **Erythema striatum**: Er sei zuerst von seinem Assistenten auf einen Patienten mit einem eigentümlichen Kratzeffekt aufmerksam gemacht worden. Nach einiger Zeit bemerkte er an einem anderen Patienten eine Strichbildung an der Hand mit einzelnen Borken versehen; diese Affektion entstand plötzlich (Photographie wird herumgezeigt) und verschwand dann wieder in mehreren Monaten; es waren also dabei bestimmte Lymphwege befolgt; sie trat dann von neuem auf als Erythema exsudativum. Kurze Zeit darauf fand er dasselbe bei einem jungen halbwüchsigen Mädchen mit einem Erythema bullosum, das sich in Borken umwandelte, aber immer spielte die strichförmige Bildung eine Hauptrolle. Ferner fand er bei einem Patienten mit Pemphigus auf dem Rücken der Hand eine ähnliche Eruption; der Grund war hier eine Wildpretvergiftung: Erythema venenatum. Dies Erythem ist geneigt, ganz bestimmte Lymphwege zu befolgen und bei jedem Rückfall wieder denselben Weg einzuschlagen.

Herr Heller hat einen ähnlichen Fall beobachtet; er bestätigt die Ansicht des Herrn Lassar, behält sich vor, später darauf zurückzukommen.

Herr Isaac: Man müfste diese Fälle nicht als Erytheme, sondern als Pemphigoide ansehen.

Herr Lewin rechnet die Form nicht zum Erythema exsudativum; er hat zahlreiche Fälle beobachtet, aber nur selten haben sich Bläschen gebildet. Sehr bedeutend sei bei allen solchen Fällen die Urticaria factitia. — Nebenbei erwähnt er einen Fall von Sepsis, wo sich nach Quecksilbereinreibungen statt Erythem Pemphigus entwickelte; sehr interessant waren hier die bei der Section gefundenen Gefäfserkrankungen, es trat ein seröses, teilweise blutiges Exsudat heraus.

Herr Lassar: Eine grofse Anzahl von Pemphigusfällen gelten für Erythema bullosum. Ob man das Pemphigoide oder Erythema bullosum etc. nenne, ist Sache der Namensbezeichnung. Häufig bilden sich keine Bläschen, sondern stärkere Eruptionen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 16. November 1893.

(Originalbericht von Dr. Louis Wickham-Paris.)

Dermatitis herpetiformis Duhring. Die letzte Sitzung der Gesellschaft für Dermatologie war zum grofsen Teil der Dermatitis herpetiformis von Duhring gewidmet. Am wichtigsten war die Mitteilung, die Brocq zu diesem Gegenstand machte. Brocq weist nach, dafs eine gute Klassifikation der Dermatosen zur Zeit noch unmöglich sei. Denn neben denjenigen Formen, deren Ätiologie uns bereits geläufig ist, wie die mikroparasitären u. s. w., bestehen eine grofse Menge von Erkrankungen, deren Gruppierung denn doch eine recht willkürliche ist. Aus diesem Grunde begnügen sich denn auch viele Dermatologen damit, die Dermatosen in alphabetischer Reihenfolge zu beschreiben. Wie gelangen wir nun zu einer richtigen Gruppierung dieser Hautkrankheiten? Hierzu ist erst eine gröfsere Vorarbeit erforderlich, die aber schon ihre guten Früchte zeitigen würde. Man müfste alles, was über diese Dermatosen bekannt ist, zusammenstellen und alsdann die Formen nach Typen gruppieren (réunir

les faits suivant des types). Das ist bereits geschehen oder wenigstens versucht worden. Das hat u. a. auch BROCQ, dem Beispiele DUHRINGS folgend, mit den bullösen Erkrankungen so gemacht. Dabei ist es ihm aber eigentümlich ergangen. Durch die Thatsache nämlich, dafs die einzelnen Fälle sich mit dem besten Willen nicht alle in die heute geltenden Typen einzwängen lassen, ist er zu der Erkenntnis gelangt, dafs vorerst eine andere Arbeit zu thun sei. Diese Arbeit besteht darin, diejenigen Fälle ausfindig zu machen, welche als Übergangsformen die einzelnen Typen miteinander verbinden. Er bedauert die Mühe, die man sich giebt, einen schwierigen Fall mit Gewalt in einen bestimmten Typus einordnen zu wollen. Das sei ein ganz vergebliches Bemühen. Wissenschaftlich richtig geht nur vor, wer alle verwickelten Beobachtungen, die ihm vorkommen, klar darlegt und sie kurzweg zwischen diejenigen Typen einschiebt, denen sie am meisten verwandt sind. Auf diesem Wege ist BROCQ für die bullösen Erkrankungen zu folgendem Ergebnis gelangt.

Als Typen gelten ihm hier: 1. die Dermatitis herpetiformis chronica (Dermatitis polymorpha dolorosa chronica à poussées successives); 2. die Dermatitis polymorpha subacuta; 3. die Dermatitis polymorpha dolorosa acuta. Alle Fälle, die sich einem dieser Typen nähern, ohne indessen ganz hineinzupassen, werden folgerichtig als Übergangsformen bezeichnet. BROCQ weist Fälle nach, die in der Mitte stehen zwischen dem ersten Typus, der Impetigo herpetiformis und der herdweisen Dermatitis pustulosa mit exzentrischem Wachstum von HALLOPEAU. Die beiden letzteren Formen lehnen sich an die pustulöse Varietät der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica an. Andere Fälle scheinen ganz hierher zu gehören, so die Beobachtung von WICKHAM-HUDÉLO. (*Bulletin de la Société de Dermatologie.* 1891. S. 444.)

Auch zwischen der papillomatösen Varietät des ersten Typus und dem Pemphigus vegetans verfügt er über Übergangsformen; desgleichen zwischen dem ersten Typus und dem Pemphigus chronicus verus, dem Pemphigus foliaceus u. s. w.

Indessen, ich kann hier unmöglich den ganzen Vortrag BROCQS wiederholen. Ich mufs mich auf die Wiedergabe der Hauptgedanken beschränken und verweise den Leser im übrigen auf die Abhandlung selber, die in der nächsten Nummer der *Annales de Dermatologie* erscheinen wird.

Erwähnt sei nur noch, dafs BROCQ im weiteren Verlaufe seiner Untersuchungen alle möglichen Übergangsformen zwischen den genannten Typen einerseits und dem Pemphigus acutus, dem Erythema polymorphum, der Urticaria bullosa, der Prurigo dyscrasica (diathésique) BESNIERS u. s. w. andererseits gefunden hat.

Zur leichteren Übersichtlichkeit dieser neuen Gruppierungsart hat BROCQ eine Tafel angefertigt, auf der jede Gruppe durch einen Kreis, dessen Umfang ihrer Bedeutung entspricht, vertreten ist. Jeder Kreis ist durch Striche mit den benachbarten Kreisen verbunden, so dafs man auf den ersten Blick die Beziehungen der verschiedenen Gruppen zu einander überschaut. BROCQ nennt das „die graphische Methode in der Dermatologie“.

In der nämlichen Sitzung stellten AUDRY und WICKHAM je einen atypischen Fall der **Dermatitis herpetiformis Duhring** vor. BROCQ hätte sich für seine eben berührte Auseinandersetzung keinen besseren Beleg wünschen können.

AUDRY hatte in Toulouse einen typischen Fall von Prurigo diathésique de BESNIER. Die Vorgeschichte dieses Falles war aber im Hôpital Saint-Louis bekannt, und zwar als Dermatitis herpetiformis Duhring. Dieser Fall gehört also zwischen die Prurigo diathésique de BESNIER und die Dermatitis herpetiformis Duhring.

WICKHAM stellte einen Fall vor, der weder recht in die DUHRINGsche Dermatitis noch in den Pemphigus chronicus verus hineinpafst, der aber eine prächtige Übergangsform zwischen diesen beiden Gruppe bildet.

Die Psoriasis und das Nervensystem.

Thibierge stellt einen Fall von Psoriasis vor, die ihren Sitz namentlich in verschiedenen Nervengebieten hat. Der jetzt 46jährige Patient leidet seit 23 Jahren an häufig wiederkehrender linksseitiger Ischias. Seine Psoriasis ist dagegen erst 15 Monate alt und folgt bandförmig dem Verlaufe verschiedener Nervenstämme der erkrankten Extremität. Das rechte Bein ist völlig frei.

Wickham bringt einen Fall von Psoriasis chronica pruriginosa, die bereits 20 Jahre alt ist. Daneben besteht aber auch frische akute Psoriasis mit Abschuppung (Dermatitis exfoliativa). Dieser Ausschlag, der ganz besonders schmerzhaft ist, hat objektiv die gröfste Ähnlichkeit mit einem Herde von Neurodermitis generalisata. Trotzdem handelt es sich zweifelsohne um Psoriasis, denn an bestimmten Stellen, so am Kopf, den Ellenbogen, dem Scrotum, ist diese unverkennbar. Eine besondere Ursache für Pruritus weist der Kranke nicht auf.

Pityriasis rubra pilaris.

Hallopeau und Bordier haben eine vergleichende Studie zwischen der Pityriasis rubra pilaris und dem Lichen-Wilson angestellt und kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Aufser den spitzigen Knötchen können sich bei der Pityriasis rubra pilaris auch Papeln entwickeln, die denen des Wilsonschen Lichen völlig identisch sind; ihre Anordnung kann in linearen Reihen erfolgen. 2. In diesem Falle hat die Pityriasis rubra pilaris eine unbestreitbare Ähnlichkeit mit dem Wilsonschen Lichen, aber aus dieser Ähnlichkeit folgt noch keine Identität der beiden Formen; vielmehr werden die rotgelbe Farbe der Elemente, das Aussehen der von ihnen gebildeten Herde, ihr Sitz im Gesicht, auf den Ellenbogen und Knien, der Nachlafs und das Aufhören des Pruritus im Vereine mit der Unversehrtheit der Mundschleimhaut — alle diese Symptome werden es jedesmal ermöglichen, die anormalen Fälle der Pityriasis rubra pilaris vom Wilsonschen Lichen zu unterscheiden. 3. Das Auftreten der lichenoiden Papeln ist wahrscheinlich teils eine Folge des Kratzens, teils einer besonderen Empfindlichkeit der Haut. Die Krankheit von Devergie-Besnier behält ihre Besonderheit und fliefst nicht mit dem Lichen von Wilson ineinander.

Filaria sanguinis nocturna.

Moty zeigt der Gesellschaft Embryonen der Filaria sanguinis humani nocturna, die nach Angabe von Laveran mit Methylblau gefärbt waren. Die Embryonen stammen von einem Neger, dessen linkes Bein mit wenig grofsen, frischen Geschwüren behaftet ist. Derselbe hatte einen Teil seines Lebens auf den Antillen und zu Cayenne zugebracht. Er hat weder eine Erkrankung in der Leistenhodengegend, noch leidet er an Hämatochylurie, und trotzdem wimmelt sein Blut des Nachts von diesen Embryonen, denn ich hatte bei nur mäfsiger Vergröfserung fünf derselben gleichzeitig im Gesichtsfelde.

Die beigefügte Figur zeigt einen gefärbten Embryo. Man sieht hier die doppelte Zellwand sehr schön und bemerkt aufserdem, dafs er seine Hülle nicht ganz ausfüllt. Untersucht man den lebenden Embryo, so erkennt man, dafs sein Körper fein granuliert ist und dafs er an seinem Kopfende eine zentrale Einsenkung und zwei kaum angedeutete Seitenfurchen besitzt. Wenn der Embryo über das mikroskopische Gesichtsfeld kriecht, so kann man beobachten, wie seine Scheide sich faltet.

Trocknet das Blut ein, ohne dabei der Kälte ausgesetzt zu sein, so wird der Embryo nahezu unbeweglich. Nach Zusatz eines Tropfens neutraler Flüssigkeit erreicht er dagegen sehr schnell seine ursprüngliche Lebenskraft wieder. Letztere scheint durch eine Lösung von schwefelsaurem Chinin nicht beeinträchtigt zu werden.

Sind die Embryonen durch Kälte erstarrt, der sie übrigens sehr schnell erliegen, so braucht man, um sie wiederzubeleben, die Platte nur etwa eine Minute lang mit der Fingerkuppe zu erwärmen.

Noch 18 Stunden nach ihrem Austritte aus den Gefäfsen konnte ich an den Embryonen noch schwache Bewegungen wahrnehmen; es war dies der Zeitpunkt, wo sie mit dem Methylenblau gefärbt wurden.

Das Blut wurde durch Einstich mittelst einer Lanzette in den linken Ringfinger, dicht über der Lunula des Nagels, gewonnen. Davon wurden zwei Präparate an gefertigt; das erste enthielt keinen einzigen Embryo, das zweite deren sechs — eine Beobachtung, die ich schon bei einem früheren Patienten gemacht hatte.

Durch die schönen Arbeiten von Manson sind die Metamorphosen bekannt, die die Embryonen im Körper der Moskitos, des Zwischenwirtes der Filaria, eingehen.

Wenn man sie zuerst im Blut wahrnimmt, so bewegen sie sich sehr lebhaft, scheinen aber zu einer geordneten Vorwärtsbewegung unfähig. Dagegen verlassen sie den Moskitokörper in einem organisierten Zustande und mit der Fähigkeit ausgerüstet, sich überall hin zu bewegen. In einer früheren Arbeit hatte ich einen Ausspruch Mansons dahin gedeutet, dafs ich sagte, sie verlassen den Moskitokörper „geschlechtlich differenziert“. Ich benutze die Gelegenheit, um diesen Irrtum hier zu berichtigen.

Am Tage enthält das Blut des Patienten keine Embryonen; durch diese Thatsache allein ist ihre anatomische Natur bereits festgestellt.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Besprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Für Ärzte und Studierende, von Professor Dr. A. Wolff, Direktor der dermatologischen Klinik an der Universität Strafsburg. Mit 97 in den Text gedruckten Abbildungen. (Stuttgart. Ferdinand Enke. 1893. 15 ℳ) Das gesteigerte Interesse für die Dermatologie spiegelt sich deutlich wider in der grofsen Zahl von Lehrbüchern, die uns die Litteratur in letzter Zeit gebracht. Es ist eine müfsige Frage, ob nach neuen noch Bedarf ist, ein jedes hat seine Eigenart und wird sich behaupten, sofern diese Eigenart ihm eine Existenzberechtigung verleiht, mag es noch so viele Konkurrenten haben. Das vorliegende Lehrbuch ist, um das Urteil kurz zusammenzufassen, ein gutes, es ist klar geschrieben und den Bedürfnissen des Lernenden angepafst; wenn einige Kapitel etwas kurz im Vergleich zu anderen behandelt sind, so ist das gewifs erklärlich. Die Therapie ist kurz und bündig aus eigener Erfahrung behandelt, wobei allerdings manches Heilverfahren und Heilmittel unberücksichtigt bleibt. Dem Buche ist eine Anatomie und Physiologie der Haut vorausgeschickt. Die Hautkrankheiten sind in eine Reihe von Gruppen eingeteilt; in der Systemfrage bestimmt Stellung zu nehmen, lehnt Verfasser ab. Relativ genommen, ist den venerischen Krankheiten ein sehr breiter Raum gegeben, da dieselben fast die Hälfte des Buches einnehmen. Die Darstellung derselben erscheint mir ganz besonders gelungen. Ohne auf Einzelheiten eingehen zu können, bemerke ich nur noch, dafs die Abbildungen gut gewählt und gut ausgeführt sind; soweit nichtkolorierte Bilder instruktiv wirken können, werden sie es sicher thun. Die Ausstattung ist eine würdige. Es scheint mir, als ob dieses Buch manch älteres in den Hintergrund zu drängen geeignet ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Atlas der Geschlechtskrankheiten. Mit 52 farbigen und 4 schwarzen Abbildungen, von Dr. Carl Kopp. (J. F. Lehmann in München. 1894. 8°. 7 ℳ geb.)

Dafs bei äufseren Leiden der Anschauungsunterricht unentbehrlich ist, dafs da, wo das lebende Material dazu fehlt, Atlanten eintreten müssen, ist zweifellos. Man kann daher nur alle Bestrebungen, gute — und zwar farbige — Abbildungen zu liefern und jedem Arzte durch billigen Preis zugänglich zu machen, nur im höchsten Mafse willkommen heifsen. Vor uns liegt ein Handatlas der Geschlechtskrankheiten von KOPP, dem derselbe in gewohnter klarer Weise einen kurzen Abrifs der in Rede stehenden Leiden vorausgeschickt hat. Mag man auch vielleicht manches Bild etwas weniger schematisch wünschen, so wird man doch zugeben müssen, dafs dieser Atlas vieles recht Gute bietet und dadurch durchaus instruktiv ist. Die Herstellung solcher Atlanten stöfst ja auf die gröfsten Schwierigkeiten, denn gute Ärzte sind selten gute Maler, und gute Maler verstehen gewöhnlich nicht so viel Medizin, um zu wissen, wobei es gerade bei der Wiedergabe des Leidens ankommt. Es ist aber sehr schwer für den Arzt, dem Maler das Leiden — sit venia verbo! — gewissermafsen in den Pinsel zu diktieren. Man wird sich deshalb manchmal bescheiden müssen. Jedenfalls wird hier für billigen Preis ein zweckentsprechendes Werk geliefert, das sich zweifellos, weil es zeitgemäfs und notwendig ist, schnell einführen wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Casuistique et Diagnostic photographique des Maladies de la Peau, von VAN HAREN NOMAN. (Haarlem, De Erven F. Bohn. 1893.) — Von diesem ausgezeichneten Werke liegt die vierte Lieferung vor. Die vortrefflich gelungenen und scharfen Bilder repräsentieren in sechs Tafeln folgende Affektionen: 1. Herpes zoster lumbo-femoralis, 2. Impetigo contagiosa, 3. Alopecia pityrodes und areata, 4. Ichthyosis (sehr intensiver Fall bei einem zweijährigen Kinde), 5. Pachydermia vulvae, 6. Fibroma molluscum. Der begleitende Text giebt eine kurze Krankengeschichte der Fälle, sowie ausführliche Angaben über Symptomatologie und Differentialdiagnose.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Zerstörung der Haare mittelst Elektrolyse, von MARÉCHAL. (Paris, Em. le François. 1893.) — Nach Aufzählung der verschiedenen seit alters her gebräuchlichen Depilatorien beschreibt Verfasser das Verfahren der Elektrolyse, welches ihm ebenfalls vorzügliche Resultate gegeben hat. Dasselbe dürfte hinlänglich bekannt und daher eine nochmalige Beschreibung nutzlos sein. Verfasser bedient sich äufserst feiner, gerader Stahlnadeln und Stromstärken von 6—8 Milliampères (geliefert durch 8—10 Quecksilberbisulfatelemente). Recidive hat er nur sehr wenige (2 %) zu verzeichnen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Diagnostik der Harnkrankheiten. Zehn Vorlesungen zur Einführung in die Pathologie der Harnwege, von C. POSNER. Mit 42 Abbildungen und einem symptomatischen Anhang. (August Hirschwald, Berlin 1894). Die fortschreitende instrumentelle Technik zur Untersuchung und Behandlung von Krankheiten der Harnröhre und der Blase hat das Interesse für dieselben erheblich gesteigert und auch in nicht spezialistischen Kreisen erregt, und zwar mit Recht, da die meisten Methoden von jedem geschickten Arzte ausgeführt werden können. Um diesen speziell in die Diagnostik einzuführen, hat POSNER das vorliegende Buch geschrieben, dessen Inhalt den Vorlesungen, die er in Kursen gehalten, entspricht. In vorzüglicher Weise hat er es verstanden, kurz und klar, ohne zu schematisieren, alles zusammenzufassen, was der Arzt wissen mufs; er hat es einerseits glücklich vermieden, sich in spezialistische Finessen zu vertiefen, andererseits nichts Wichtiges unbeachtet gelassen. Gar mancher praktische Wink, gar mancher beherzigenswerte Rat ist in dem Buche, das sich so recht glatt liest, zu finden. Nachdem im ersten Kapitel in besonders dankenswerter Weise die Beziehungen der Harnleiden zum Gesamtorganismus erörtert und damit der innige Zusammenhang auch dieser Spezialität mit der Gesamtmedizin dokumentiert

ist, bespricht POSNER in neun weiteren Kapiteln die allgemeine Symptomatologie, die physikalischen, chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden des Harns und der Harnorgane. Das der Cystoskopie gewidmete Kapitel führt uns die NITZEschen Instrumente, ihre Anwendungsweise und die Ergebnisse ihrer Verwertung klar vor Augen, illustriert das Gesagte durch Reproduktion NITZEscher Photogramme. Zahlreiche Abbildungen, zum Teil nur schematisch, erhöhen den Wert. Die kurze Symptomatologie der gewöhnlichen Erkrankungen der Harnwege dürfte manchem Praktiker als Leitfaden willkommen sein. Ich kann nur sagen, daſs ich das Buch, welches die richtige Grenze einhält zwischen „Zu viel“ und „Zu wenig“, mit Vergnügen gelesen habe und aufs beste empfehlen kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Über Schutzpockenlymphe, von GRÜNING (*St. Petersb. med. Wochenschr.* **1893.** 29). Der vortragende hebt die Gefahren der humanisierten Lymphe hervor, welche besonders durch die Syphilis gegeben sind, und läſst sich des weiteren über die Gewinnung tierischer Lymphe aus. Als animale Lymphe ist eigentlich nur diejenige zu bezeichnen, bei der zur Erzeugung der Vaccine bei den Tieren — meistens sind es Kälber — nur Vaccine von anderen Tieren benutzt wird. Die Retrovaccine, welche von Tieren gewonnen wird, die mit humanisierter Lymphe geimpft sind, ist als animale Lymphe nicht anzuerkennen; auch sie birgt noch die Gefahren der Übertragung von Krankheiten. Wenn die Kälber auch selbst gegen das syphilitische Virus immun sind, so ist ja doch die Möglichkeit, daſs letzteres in den bei ihnen durch Lymphe von einem luetischen Rinde erzeugten Pocken wirksam bleibt, vorhanden; erst bei der Retrovaccine in der 4.—5. Generation wäre vielleicht jede Gefahr beseitigt. Man soll unter animaler Lymphe nur solche verstehen, die von einem mit tierischer Lymphe geimpften Kalbe gewonnen wird. Der Vortragende benutzt in seinem Institut nur weibliche Kälber, bei denen die Impfwunden sauberer bleiben, und impft zwischen Euter und Nabel, indem er isolierte Pocken anlegt, nicht die sogenannte Flächenimpfung ausführt. Die Abnahme der Lymphe erfolgt zwischen dem 4. und 6. Tage, die Verwendung erst, nachdem die Sektion die Gesundheit des Kalbes ergeben. Die Schwierigkeiten, ohne humanisierte Lymphe einzuschalten von Generation zu Generation wirksamen Stoff zu gewinnen, lassen sich überwinden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Alter und Ursprung der Menschenblattern von HAGEMANN (Dortmund). *Festschr. zur Feier des 25 jähr. Jubiläums des Ärztlichen Vereines des Reg.-Bez. Arnsberg.* J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893. Die historische Studie des Verfassers stellt sich zunächst die Frage zur Beantwortung, ob die Annahme vieler Autoren, daſs die Blattern unendlich alt seien, durch Beweise genügend gestützt ist. Zu diesem Zwecke unterwirft er die Angaben, daſs in China schon 1500 vor Christi Geburt eine Epidemie geherrscht, daſs Moses die Blattern gekannt, daſs Thukydides sie geschildert habe, einer strengen Kritik. Nach derselben sind diese Annahmen nicht begründet, ebenso wie weder Diodor noch Hippokrates die Variola gekannt zu haben scheinen. Zuerst; scheint dieselbe Philo, Herodot bekannt gewesen zu sein; auffallend ist, daſs der Zeitgenosse Celsus in seinem Kapitel über die Febres pestilentiales die Pocken nicht

erwähnt. Ziemlich sicher ist anzunehmen, dafs Galenus Variola kannte. Im weiteren bespricht dann Verfasser das Fortschreiten und die Ausbreitung der Blattern bis in die neueste Zeit hinein. Über die Heimat derselben kann man nur soviel bestimmt behaupten, dafs ihr Ursprung kein europäischer ist; ob sie aus Afrika oder Asien stammen, ist schwer zu entscheiden. Festhalten mufs man, dafs die ältesten Nachrichten auf Äthiopien als das Ursprungsland hinweisen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Übertragung des Streptococcus pyogenes von der Mutter auf den Fötus im Verlaufe einer Variola-Infektion, von Haushalter und Etienne (*Rev. méd. de l'Est* 1893. No. 11; *Rif. med.* 1893. No. 162). Eine 33jährige Gravida erkrankte an Variola; nach 7 Tagen erfolgt die Geburt eines 7monatlichen Fötus. Die Mutter stirbt an Septikämie 8, das Kind 27 Stunden nach der Geburt. Die Autopsie des Kindes ergiebt mikroskopisch nichts Charakteristisches. Dagegen lassen sich aus Milz, Leber, Herzblut Reinkulturen des Streptococcus pyogenes züchten. Unter dem Mikroskop erweisen sich die Leberkapillaren als mit Mikrokokken vollgepfropft. Verfasser schliefsen hieraus, dafs die Mutter aufser dem Variolagift auch das Virus einer Sekundärinfektion auf das Kind übertragen kann. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Versuch mit Serotherapie bei Variola, von Anché (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1893. No. 7). Verfasser teilt die Krankengeschichte zweier Variola-Patienten mit, denen Serum von Menschen injiciert wurde, welche kurz vorher Variola durchgemacht hatten. Bei der einen (14jähriges Mädchen) schien der Erfolg der Therapie ein ausgezeichneter zu sein, indem das stellenweise sehr dichte Exanthem unmittelbar nach der Injektion sich zurückbildete. Bei dem zweiten Patienten blieben die Injektionen ohne jeden Einflufs auf den Krankheitsverlauf. Verfasser legt auch, gestützt auf diese Resultate, nur geringen Wert auf die beschriebene Heilmethode, indem auch der Ausgang des ersten Falles nicht notwendig zu Gunsten derselben spricht und Fälle zur Genüge vorliegen, wo in einer unter schweren Erscheinungen begonnenen Variolaerkrankung spontan eine plötzliche Wendung zum Bessern eintrat.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Chronische Infektionskrankheiten.

c) *Syphilis.*

Ein Fall von multiplen syphilitischen Gummata der Zunge, von L. Phillippson, Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 32.) Ein 50jähriger Patient inficierte sich vor 26 Jahren, es erfolgte eine interne (keine gründliche) Behandlung Das im dritten Jahre nach der Infektion gezeugte Kind kam zwar zu früh zur Welt, war aber ebensowenig wie die Mutter syphilitisch. Auch ein zweites Kind war und blieb gesund. Patient blieb ohne auffällige syphilitische Symptome 24 Jahre. Dann entwickelten sich allmählich unter Dickenzunahme der ganzen Zunge die für Syphilis so pathognomonischen Veränderungen der Schleimhaut dieses Organes; die mediane, von schmalen Wulsten begrenzte Furche mit ihren seitlichen Ästen, welche das gelappte Aussehen der Zungenoberfläche bedingen; ferner die Leukoplakie in Form von weifsen, opaken, glatten, glänzenden Plaques; ferner das Geschwür an dem hinteren Ende der medianen Furche. Dies ist die Glossitis indurativa sive sclerosa der Franzosen, welche als solche jahrzehntelang bestehen kann; sie kombiniert sich aber häufiger mit einer Bildung von Gummata. Solche traten bei dem Patienten nach 1½jährigem Bestehen der Glossitis sclerosa auf. Die ersten safsen am rechten Zungenrande, dann entwickelten sich aber solche sowohl auf der Ober-, wie auf der Unterfläche. Je nachdem sie innerhalb der Schleimhaut oder in der Muskulatur safsen,

differierte ihre Gröſse, die Dauer ihrer maximalen Entwickelung, schlieſslich die Gröſse der durch sie veranlaſsten Geschwüre. Auſsen an der Zunge entwickelten sich Gummata auch in der Schleimhaut des Mundbodens und im rechten vorderen Gaumenbogen; ferner lieſs die palpable Vergröſserung der Unterkieferdrüsen auf eine gleiche Erkrankung schlieſsen. Die Wirkung des Jodkaliums war im Anfange der Kur ohne sichtlichen Erfolg, im Gegenteil es entwickelten sich stets neue Knoten. Dagegen wirkte eine Hg-Kur sehr günstig und führte schlieſslich zur Narbenbildung der ulcerierten Stellen. Bemerkenswert ist das späte Auftreten der Gummata, die vielen Knoten und die Bildung derselben auch an der Unterfläche.

L. Hoffmann-Berlin

Tertiäre Larynxsyphilis, von Gouguenheim. (*Union méd.* 1882. No. 118 u. 119.) Die akut auftretenden tertiären Larynxaffektionen betreffen nur eine Seite des Kehlkopfes, können groſse Atemnoth bewirken, verlaufen schnell. Häufiger ist die langsame, chronische Form, die bei diffuser Ausbreitung schwer von der Tuberkulose abzugrenzen ist; ist sie partiell, dann ergreift sie am häufigsten den Kehldeckel. Wahre Gummata an ihm können den Einblick in den Kehlkopf erschweren; später entsteht geschwüriger Zerfall. In der Regio subglottica finden sich Schwellungen und Auswüchse (Pachydermie). Die Stimmbänder sind verdickt, an der Oberfläche geschwürig; auf den Geschwüren bilden sich Wucherungen etc. Verengerungen des Kehlkopfes können entstehen. Gummata finden sich am häufigsten an der Zungenseite des Kehldeckels und im Innern des Kehlkopfes. Die Knorpel können nach Geschwürsbildung leiden; die Speiseröhre kann durchbrochen, die Lunge ergriffen werden. In letzterem Falle soll Tuberkulose hinzukommen können. Dauer und Verlauf sind verschieden. Bei akuten Formen ist nur Allgemeinbehandlung, bei chronischen gleichzeitig lokales Eingreifen nötig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Vorkommen tertiärer Syphilisprodukte als Folge direkter, lokaler Infektion mit allgemeinen Bemerkungen über Syphilis als Infektionskrankheit, von Herm. G. Klotz-New York. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Juli 1893.) Es ist eine bekannte Thatsache, daſs bei zahlreichen Syphilispatienten mit tertiären Symptomen weder eine genaue Krankengeschichte noch eine eingehende örtliche Untersuchung Spuren des vorangegangenen primären und sekundären Stadiums entdecken kann. Derartige Fälle von sogenannter Syphilis occulta zeigen die gewöhnlichen tertiären Symptome, unter diesen jedoch vorwiegend die serpiginösen Syphilide, die sich zumeist auf 1—2 Stellen bei demselben Individuum lokalisieren, nur sehr langsam in der Peripherie weiterschreiten und sich über 10—15 Jahre und noch länger hinziehen, ohne das Allgemeinbefinden des Patienten wesentlich zu beeinträchtigen. Man findet solche Syphilide gerade häufig bei wohlgenährten, kräftigen Männern und Frauen.

In nahezu 30% derartiger Fälle von tertiärer Syphilis waren weder durch die Anamnese noch durch den Status primäre oder sekundäre Syphilissymptome zu eruieren. Da auch andere Autoren ähnliche Beobachtungen gemacht haben, so ist nicht anzunehmen, daſs in allen diesen Fällen die Patienten die ersten Anzeichen der Syphilis übersehen oder vergessen hätten, oder dieselben absichtlich verheimlichten; es ist vielmehr wahrscheinlich, daſs solche Individuen thatsächlich niemals Symptome primärer oder sekundärer Lues gezeigt haben, daſs sie Immunität acquirierten, wie dies einmal bei Müttern der Fall ist, welche vom Vater her syphilitische Kinder geboren haben, und zweitens bei Kindern vorkommt, deren Eltern mit Syphilis behaftet waren.

Eine Anzahl dieser Patienten erkrankt in späteren Jahren mit tertiären Symptomen und bringt den Ausbruch derselben mit Verletzungen, mit der Impfung zu-

sammen. Es finden sich aber auch Fälle, die nicht hereditär belastet waren, auch keine Symptome primärer und sekundärer Syphilis gezeigt hatten, und die im Anschlufs an die Vaccination oder durch den Verkehr mit alten Luetikern tertiäre Erscheinungen, wie Gummata, Ulcerationen, auftreten sahen. Die Kontagiosität der tertiären Lues und die direkte Übertragbarkeit eines spezifischen Virus der Spätsyphilis ist zwar noch eine vielumstrittene Frage, aber durch zahlreiche Beispiele, von denen Verfasser einige beibringt, erwiesen.

Seine Ansichten über die Syphilis giebt Verfasser in folgenden Schlufssätzen wieder:

1. Die Syphilis wird durch Mikroorganismen, ähnlich denen der akuten Exantheme, hervorgerufen; die primären und sekundären lokalen Manifestationen sind auf den direkten Einflufs dieses Parasiten zurückzuführen, dessen Gegenwart in diesen Läsionen durch ihre Kontagiosität bewiesen ist.

2. Die allgemeinen Symptome, welche diese Stadien begleiten, und die Immunität sind das Resultat der Wirkung der Toxine (Finger).

3. Die Mikroorganismen werden unter dem Einflusse ihrer eigenen chemischen Produkte oder der Behandlung oder infolge des ihnen innewohnenden Charakters entweder eliminiert oder vernichtet, oder gehen irgend eine Modifikation ein oder producieren irgend eine neue Art oder Gattung von Mikroorganismen.

4. Dieser sekundäre Parasit, der dem Tuberkelbacillus ähnlich ist, kann für unbegrenzte Zeit in dem Organismus in einem schlafenden Zustande, resp. latent bleiben, bis er durch irgendwelche accidentelle Reize in Aktivität versetzt wird.

5. Er produciert dann die tertiären, gummösen Erscheinungen, ruft aber nicht die diffusen, chronischen visceralen Erkrankungen, wie Tabes, allgemeine Paralysis etc. hervor, welche ihrerseits als das Resultat einer Intoxikation mit den Toxinen des primären Parasiten anzusehen sind.

6. Der sekundäre Mikroorganismus ist überimpfbar, wie der Tuberkelbacillus, und produciert Läsionen, identisch mit tertiärer Syphilis, aber keine primäre Syphilis.

7. Tertiäre, syphilitische Symptome können deshalb auf direkte Übertragung zurückgeführt werden, ohne dafs ein primäres oder sekundäres Stadium vorangegangen zu sein braucht. *C. Berliner-Aachen.*

Die Prinzipien der Syphilistherapie, von S. Jessner. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 33. Autorreferat.) Wo sich zwei Ansichten in der Therapie scheinbar schroff gegenüberstehen, pflegen die Gründe gegen dieselbe nicht zu genügen, um sie abzuweisen, bilden aber gewichtige Kontraindikationen. Der Zwiespalt im Lager der Syphilidologen betrifft heutzutage nicht die Medikamente, nicht die Applikationsweise derselben, sondern vor allem die Dauer der Behandlung. Auf der einen Seite stehen Fournier, Neisser u. a. mit der chronisch-intermittierenden Behandlung (Méthode des traitements successifs), auf der anderen die Verteidiger der rein symptomatischen Behandlung. Erstere führen ins Feld: die Chronicität des Leidens, die Unberechenbarkeit desselben, die Unmöglichkeit zwischen latenter und geheilter Syphilis zu unterscheiden, die Vererbungsfähigkeit; die anderen: der grofse Prozentsatz von Heilungen nach der Sekundärperiode, die langsame Ausscheidung des Quecksilbers, die Schädlichkeit desselben in physischer und psychischer Beziehung.

Die erste zu beantwortende Frage lautet: Ist die Syphilis überhaupt ein chronisches Leiden? Wenn auch viele Fälle relativ akut verlaufen, so sind das doch lange nicht alle; aber auch bei den ersteren haben wir absolut kein Merkmal, den Ablauf der Syphilis zu erkennen, zu sagen, „die Syphilis ist geheilt“. Über dem Haupte eines jeden einmal Infizierten schwebt das Damoklesschwert der Syphilis; viele,

sogar bis 30 Jahre, wir wissen nicht, ist dieselbe erloschen oder liegt sie in irgend einer Drüse etc. verborgen, um bei irgend einer Gelegenheit hervorzubrechen. Die Beschaffenheit der Drüsen sagt wenig; der positive Befund, weil viele Menschen ohne Syphilis angeschwollene Drüsen haben, der negative, weil viele Drüsen der Palpation unzugänglich sind. Wir können niemals mit absoluter Gewifsheit sagen, „der ist nicht syphilitisch"; bei der Frage nach der Erlaubnis zum Heiraten kommt das so recht zum Bewufstsein. Als geheilt betrachtete Fälle, jahrelang symptomfrei, können plötzlich wieder, und oft recht schwere Erscheinungen bieten. Ein angeführter, tragisch endender Fall aus der Familie eines Arztes giebt ein drastisches Beispiel dafür. Und wie oft giebt die latente Syphilis sich allein, und in schrecklicher Weise, durch Vererbung kund! Sagen die Gegner, die Syphilis verläuft oft akut, so dafs man auf die Möglichkeit hin, dafs schwere Erscheinungen auftreten, keine lange Behandlung einleiten darf, so drehen die Verteidiger den Spiefs um: Wir besitzen kein Urteil über die Heilung der Syphilis oder über die Schwere derselben und können deshalb nicht die Hände ruhig in den Schofs legen. Was ist schwere Syphilis? Entweder eine galoppierend verlaufende, — dann wird auch die Symptombehandlung zur Dauerbehandlung, oder eine später von Erkrankungen innerer Organe gefolgte, oder durch die Vererbung sich kundgebende; letztere Eventualitäten sind die traurigeren. Es ist deshalb sicher besser, a pejore auszugehen und chronisch zu behandeln. Man mufs nun aber beweisen, dafs die chronische Behandlung mit Quecksilber etc. einerseits Nutzen, andererseits keinen Schaden bringt. Ersteres wird bewiesen durch Fourniers Feststellung, dafs die Vererbungsfähigkeit günstig beeinflufst wird durch die Dauer der vorausgegangenen Behandlung. Bei Prüfung des eventuellen Schadens kommen die Einwände der Gegner zur Geltung, die aber nur relative, nicht absolute Kontraindikationen darstellen. Das Quecksilber soll physisch Schaden anrichten können; das ist sicherlich richtig und sehr beherzigenswert. Man mufs deshalb vorsichtig vorgehen, nicht die kumulative Wirkung des Quecksilbers, seine langsame Ausscheidung vergessen, darf nicht früher neue Kuren beginnen, bevor eine Elimination des Quecksilbers von früheren Kuren angenommen werden kann, die man eventuell durch Bäder etc. unterstützen mufs. Es mufs eben die Behandlung eine chronisch-intermittierende, keine chronische sein; es mufs individualisiert, nicht schematisiert werden, dann wird man mit Quecksilber keinen Schaden stiften, was ja Kaposi eigentlich auch zugiebt. Wie steht es nun mit dem zweiten Einwand, dem psychischen Schaden einer chronisch-intermittierenden Behandlung? Derselbe ist sehr gewichtig und mufs oft berücksichtigt werden. Es ehrt die Gegner, wenn sie durch diesen Einwand kundthun, dafs sie den Menschen im ganzen im Auge behalten und nicht nur an seine Syphilis denken. Es giebt gar manchen Kranken, dessen Nervensystem und Konstitution erheblich leiden, wenn er permanent sich in antiluetischen Kuren befindet. Diese ängstlichen, neurasthenischen Patienten bilden aber nur einen Bruchteil der Luetiker, und diesen mufs man, sorgfältig sondierend, herauszufinden suchen. Der Charakter des Kranken ist für die Indikationen der Kur von gröfserer Bedeutung, als die kaum zu beurteilende Schwere der Syphilis. Nach dem Charakter könnte man drei Gruppen von Syphilitikern unterscheiden: erstens die Neurastheniker, die nur bei dringenden Indikationen einer Kur zu unterziehen sind, zweitens die leichtsinnigen und leichtlebigen, die ohne Scheu andere gefährden, geradezu gemeingefährlich sind. Für solche Menschen ist die Dauerkur der beste Zügel, es ist geradezu nötig, ihnen etwas Syphilophobie einzuprägen. Die dritte, leider spärliche Gruppe bilden die ruhig denkenden, vernünftigen, ernsten Patienten, bei denen eine rationell geleitete, chronisch-intermittierende Behandlung nur gutes stiften kann. Dieses Schema stets richtig aus-

zufüllen, ist eine oft schwere Aufgabe des Arztes. Festgehalten mufs dabei noch werden, dafs, wo die Gefahr der Vererbung sehr nahe liegt, die FOURNIERsche Behandlung doppelt indiciert ist, und da sogar Neurastheniker keine Ausnahme machen dürfen.

Verfasser bemüht sich also, in dem Streite für und gegen die chronisch-intermittierende Behandlung zu vermitteln. Es giebt keine Gründe, sie a limine abzuweisen, sie ist nützlich und bei rationellem Vorgehen gefahrlos. Bei leichtsinnigen Luetikern und wo die Vererbung droht, ist sie dringend indiciert. Gewichtige Kontraindikationen giebt es; zu diesen gehört nicht die sogenannte „leichte“ Syphilis, die später doch tertiäre Erscheinungen schwerster Art machen oder durch Vererbung sich kundgeben kann. Dagegen sind solche Kontraindikationen: Organleiden, konstitutionelle Erkrankungen, und vor allem ein ängstlicher, zur Syphilophobie neigender Charakter des Patienten. Man mufs auch hier den Patienten in toto im Auge behalten, sich auf den Boden der Gesamtmedizin stellen. Bei Berücksichtigung von Konstitution und Charakter wird man mit der chronisch-intermittierenden Behandlung gutes leisten. Man wird sie oft einleiten, aber auch zuweilen ausschliefsen, denn „zuerst kommt der Mensch und dann seine Syphilis“.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Progressive Ernährungsstörungen.

Zur Therapie der inoperablen bösartigen Neubildungen durch Einspritzung von Pyoktaninlösung, von P. J. DIAKONOW. (*Chir. Letopis.* Bd. II. Heft I. *Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 31.) Verfasser injicierte 1,0—4,0—6,0 einer Lösung von Pyoktanin 1 : 1000 bis 1 : 300 zweimal wöchentlich in maligne Tumoren und berichtet über drei Fälle (inoperables Mammacarcinom, Gesichtscarcinom, Recidiv eines Fibrochondrosarkoms). Eine Verkleinerung der Geschwülste war in allen vorhanden, die Verfasser auf eine fettige Degeneration der Produkte zurückführt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Pagets Disease, behandelt mit Fuchsin, von G. T. ELLIOT-New York. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Juli 1892.) Verfasser schreibt dem Fuchsin wirksamere Eigenschaften zu als dem Pyoktanin. Das Fuchsin vermag nicht nur die Eiterung aufzuhalten und ein übelaussehendes Geschwür zu reinigen, sondern es vermindert ganz vorwiegend die mit demselben verknüpften Juck- und Schmerzempfindungen. Wenn es auch den Heilungsprozefs nicht sonderlich fördert, so hindert es doch nicht die Bildung von Granulationen und trägt in gewissem Grade zur Überhäutung bei. Das Fuchsin übt einen günstigen Eindruck auf Ekzeme parasitären Ursprunges aus, namentlich wenn sich zu denselben ein variköser Zustand der Beine hinzugesellt, während Ekzeme anderer Natur eher eine Verschlimmerung oder höchstens eine Milderung der subjektiven Symptome erfahren. Verfasser hat das Mittel auch bei verschiedenen Formen von Epitheliomen angewandt, jedoch nur in einem einzigen Falle von Pagets Disease gute Resultate erhalten. Der Fall betrifft eine 70jährige Frau. Ihre Krankheit begann vor vier Jahren auf der linken Brust mit leichter Schuppung und Röte auf der Warze und dem Warzenhof. Diese Symptome nahmen langsam zu; es traten Nässen, Exsudation, Krustenbildung an ihre Stelle. Anfangs fehlten subjektive Empfindungen gänzlich; nach Verlauf eines Jahres stellten sich heftiges Jucken und Brennen ein. Die Krankheit nahm trotz der Behandlung stetig zu und ergriff allmählich die ganze Brust. Dieselbe atrophierte mehr und mehr und war schliefslich kaum wahrnehmbar. Die erkrankte Oberfläche zeigte zu dieser Zeit ein blafsgelbes, wachsglänzendes, ziemlich transparentes Aussehen, wurde später hellrot, schuppig, krustig, trocken, mit vereinzelten, ulcerierten Stellen, aus denen ein

wenig Eiter entleert wurde. Nach den vorangegangenen, stark reizenden Applikationen wurde anfangs eine milde Ichthyolsalbe gebraucht, die ganz vorzüglich wirkte und das Jucken und Brennen verminderte. Die Ichthyolsalbe wurde sodann stärker genommen, hatte jedoch nicht nur keinen Erfolg, sondern verschlimmerte den Zustand wesentlich. Nach erfolglosen Versuchen mit anderen Salben wurde endlich eine Fuchsinsalbe gebraucht, die von Beginn an eine wunderbare Wirkung ausübte. Die subjektiven Symptome hörten augenblicklich auf, das Fortschreiten der Krankheit wurde aufgehalten. Langsam, aber stetig schritt die Heilung vor sich; die Röte, Infiltration, Schuppung sind vollständig verschwunden, Narbenbildung tritt an ihre Stelle. Leider hat der Verfasser eine mikroskopische Untersuchung nicht vornehmen können. Die Diagnose des Falles, sowie die diesbezügliche Litteratur werden im folgenden eingehend besprochen. *C. Berliner-Aachen.*

Vorlesung über Krebs und krebsartige Krankheiten, von G. S. Woodhead. (*The Brit. med. Journ.* 7. Mai 1892.) Drei Fragen sind es hauptsächlich, welche der Verfasser einer eingehenden Erörterung unterzieht:

1. Wie sind die Gewebe beschaffen, welche zur Bildung von Krebsgeschwülsten prädisponieren?

2. Was wissen wir über die Natur derjenigen „Reize“, welche nach unseren modernen Anschauungen bei der Ätiologie der Krebse eine hervorragende Rolle spielen sollen?

3. Was ist über die Behandlung des Krebses mit Rücksicht auf die neuen Untersuchungen über diesen Gegenstand zu sagen?

Bei der Zellvermehrung spielt der Zellkern insofern eine sehr wichtige Rolle, als in ihm zuerst die Zellteilung vor sich geht. Jedem Individuum wohnt im normalen Leben eine individuelle Nutritions- und Reproduktionskraft inne, die jedoch in den verschiedenen Lebensaltern sehr wechselt und bald mehr auf die Vermehrung der Bindegewebszellen, bald mehr auf die Proliferation der Epithelialzellen gerichtet ist. Beim Embryo und in den ersten Lebensjahren ist die bindegewebsbildende Kraft mehr in Thätigkeit. In diesen Lebensperioden treten häufiger Bindegewebsgeschwülste meist gutartiger Natur auf, während die Epithelialgeschwülste das mittlere und höhere Lebensalter treffen. Doch ist das Alter nicht der einzige Faktor, der beim Entstehen des Krebses in Betracht kommt; auch das Organ, in welchem der Krebs sich entwickelt, spielt eine nicht unwesentliche Rolle. Es ist bekannt, dafs Krebs des Uterus oder der Mamma in einem früheren Alter, meist bei Eintritt der Menopause, aufzutreten pflegt, als die Epitheliome, beispielsweise der Haut und der Schleimhäute. Verfasser hat deshalb nach strukturellen Eigentümlichkeiten des Epithels in den verschiedenen Lebensperioden gesucht, ob diese Verschiedenheiten in ätiologischer Beziehung zu Entwickelung der Krebsgeschwülsten stehen. Als Untersuchungsobjekt diente das Zungenepithel verschiedenalteriger Föten, Kinder und Erwachsener. Im fötalen Leben und in den ersten Jahren nach der Geburt besteht zweifellos ein Übergewicht des Bindegewebes gegenüber der Epithelschicht, sowohl was die Menge, als auch die Wachstumsgeschwindigkeit betrifft. Das Epithel bildet in dieser Zeit eine dünne zarte Decke, ist geringer oder keiner Irritation ausgesetzt und zeigt auch keine Tendenz ins Bindegewebe vorzudringen. Bei alten Personen dagegen zeigt sich das Bindegewebe atrophiert, wenig widerstandsfähig, während die Epithelzellen nicht mehr einfach wie früher angeordnet sind, sondern Verzweigungen aufweisen und Ausläufer ins Bindegewebe hineinsenden. Wirkt unter gewissen Umständen ein Reiz längere Zeit auf diese Epitheldecke ein, so gewinnt dieselbe leicht die Oberhand über das schwache Bindegewebe und wächst schliefslich zu einem Epitheliom heran. Man kann sagen, dafs Epithel und Bindegewebe im gesunden Zustande sich das Gleichgewicht halten

und dafs andauernde Reize Störungen desselben herbeiführen und zum Entstehen von Geschwülsten beitragen. Welcher Natur diese Reize sind, ob mechanischer, chemischer, parasitärer, ist noch nicht zweifellos festgestellt.

Redner bespricht im folgenden eingehend die neuerdings als Parasiten des Krebses beschriebenen Gebilde. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Krebsfrage, von Prof. Adamkiewicz. (*Fortschr. d. Med* 1893. No. 12.) Die herbe und strenge Kritik, die die Arbeiten des Verfassers über Carcinom erfahren, haben ihm die Feder zu einer Erwiderung gegenüber der kritischen Besprechung von Schimmelbusch in die Hand gedrückt, ohne dafs er natürlich etwas anderes sagen kann, als was in seinem Buche steht. Solche Diskussionen haben wenig Wert, da eben die Deutung, die der Verfasser seinen Befunden gegeben hat, nicht als richtig anerkannt wird. Da kann nur die Wiederholung der Experimente Klarheit bringen, mit Worten ist da nichts zu machen. Die erste experimentelle Nachprüfung ist allerdings ganz zu Ungunsten von Adamkiewicz ausgefallen. Dieselben Bemerkungen richten sich gegen die zweite Erwiderung (Noch einmal der Krebs. *Fortschr. d. Med.* 1893. No. 15.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

I. **Über die vorgeblichen Parasiten des Carcinoms,** von Massari und Ferroni. (*Rif. med.* 1893. No. 154)

II. **Über die Parasiten des Carcinoms,** von Foà. (*Rif. med.* 1893. No. 173.) Die Verfasser (I.) erwähnen die Arbeiten von Soudakewitch, Foà, Burkardt und Korotneff, welche im Krebsgewebe Gebilde nachgewiesen haben, die sie als Coccidien betrachten. Auf Grund ihrer Untersuchungen sind jedoch die Verfasser in der Lage, die genannten Bildungen keineswegs als Parasiten, wohl aber als Umwandlungen, resp. Alterationen der Carcinomzellen zu erklären.

Dem gegenüber hält Foà (II.) seine früheren Behauptungen aufrecht und kündet für die nächste Zeit weitere Mitteilungen über seine diesbezüglichen Untersuchungen an. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Giebt es Parasiten in Krebsgeschwülsten? Von C. H. Cattle-London. (*Brit. med. Journ.* 22. Juli 1893.) Solange es nicht gelingt, Reinkulturen der als Mikroorganismen des Krebses beschriebenen Gebilde anzulegen und erfolgreiche Überimpfungen zu machen, wird man die obige Frage weder bejahen noch verneinen können. Der Verfasser hat sich mit der Materie eingehend beschäftigt. Er beschreibt ein einzelliges Gebilde, das je nach dem Entwickelungsstadium in der Gröfse variiert. Der in einer Kapsel eingeschlossene Kern zeigt ebenfalls wechselnde Gröfse, ist strukturlos und homogen. Die Vermehrung geht, wie es scheint, durch Sporenbildung vor sich. *C. Berliner-Aachen.*

Über parasitäre Protozoen beim Krebs, von J. Galloway. (*Brit. med. Jour.* 4. Februar 1893.) Dieser Vortrag enthält eine Gesamtübersicht der in dieser Richtung bis dato angestellten Forschungen. Verfasser bespricht ausführlich die Lebensgeschichte des Coccidium oviforme beim Kaninchen, seine Entwickelung aufserhalb des Tierkörpers, die Methoden der künstlichen Züchtung desselben, seinen Lebensgang im Körper des Wirtes und die dadurch bedingten anatomischen Veränderungen. Ferner werden erwähnt die von verschiedenen Forschern ausgeführten Versuche der künstlichen Erzeugung der Infektion, aus denen sich als einzige Methode der Übertragung die Einführung in den Verdauungskanal ergab. Auf die spezielle Frage vom Vorhandensein von Parasiten beim Krebs übergehend, bespricht Verfasser kurz die diesbezüglichen Beobachtungen anderer Forscher, von Virchow an bis zu Balbiani und Malassez, macht sodann auf das Vorkommen von imaginierten Zellen, welche

Parasiten vortäuschen können, aufmerksam und bespricht schliefslich ausführlich unsere bisherigen Kenntnisse über Krebsprotozoen, die anatomische Struktur dieser niedrigsten Lebewesen, ihr Verhalten zu den Zellen des sie beherbergenden Kranken, die Methoden der Färbung und die Häufigkeit ihres Auftretens. Bei mehr als 50 vom Verfasser untersuchten Fällen waren die Parasiten meistens ohne Schwierigkeit zu erkennen. Als Schlufsfolgerung der ganzen Abhandlung deutet G. mit einigem Vorbehalte an, dafs genannte Parasiten thatsächlich die Ursachen des Carcinoms darstellen.

Philippi-Nieheim.

Über ein Coccidium im Schleimkrebse des Menschen und seine Dauersporencyste, von E. Burchart. (*Virch. Arch. f. pathol. Anat.* 1893. Bd. 131. Heft 1.)

Neben den vielfach beschriebenen intracellulären, von einer deutlichen Kapsel umgebenen Gebilden fand Verfasser an einer Stelle in einem Carcinom einen ähnlichen Körper, der nach ihm zweifellos eine Coccidie darstellte. Es war eine intracellulär gelagerte, runde, dickwandige Cyste, die ein dünnwandiges Bläschen enthielt, das wiederum ein relativ dickwandiges Bläschen umschlofs; in letzterem war ein traubenförmiges Gebilde auf den ersten Blick zu erkennen, das aus fünf rundlichen Körpern gebildet war. Die ganze Cyste soll eine Dauersporencyste eines Coccidiums, das dünnwandige Bläschen eine Spore, die fünf rundlichen Körper Keime darstellen. Trotz dieser positiven Behauptung giebt Verfasser selbst an, dafs Zellwucherung und intracelluläre Parasiten beim Carcinom nicht Hand in Hand gehen, wodurch der ätiologische Zusammenhang zweifelhaft wird. Entscheidend für das Wesen des Carcinoms kann auch diese Arbeit nicht sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Carcinomzellen und Carcinomeinschlüsse, von Emil Schwarz. (*Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 26.) Die geltende Lehre bezeichnet das Carcinom als eine Krankheit der Epithelzellen. Die Kennzeichen des Epithels sind: 1. es baut sich im Sinne einer bestimmten organischen Struktur auf; 2. es ist gegen die Umgebung scharf abgegrenzt; 3. est ist Träger einer spezifischen Funktion. Gerade in letzterer Beziehung ist es von Interesse, inwieweit die Carcinomzelle funktionell thätig ist. Bei den gutartigen Formen der Gesichtskrebse, bei den Kolloidkrebsen des Darmes manifestiert sich ein Rest von Funktion durch Schleimbildung und Verhornung, bei den malignen medullären Formen ist keine Funktion nachweisbar. Die Morphologie der Carcinomzelle läfst sich präcisieren: 1. Durch die Polymorphie (Hyper- und Hypochromasie); 2. durch direkte Segmentierungen; 3. überstürzter Ablauf des Prozesses; 4. Irregularität in der Anordnung der Chromatinschleifen. Hinsichtlich der Ätiologie spielen jetzt die Protozoen, Coccidien eine grofse Rolle. Sicher ist, dafs sich in Carcinomzellen Einschlüsse finden, die keiner der bekannten Carcinomformen entsprechen; sie färben sich lebhaft rot durch Gentianaviolett und Safranin. Man findet: 1. Vacuolen mit hyalinen Scheiben, die einen zentralen, homogenen, stark gefärbten Kern enthalten: 2. Vakuolen mit einem Protoplasmagebilde das zahlreiche, stark tingierte Kerne birgt; 3. Vakuolen mit randständigen Bläschen und grofsem, stark tingiertem Kern; 4. Vakuolen, in denen Kerne, von einer farblosen Masse begrenzt liegen, entsprechend den Dauercysten der Sporozoen; 5. birnförmige Cysten mit zahlreichen, rundlichen und sichelförmigen Gebilden. Bei vielen Carcinomen fehlen Einschlüsse. Für die verschiedenen Carcinomformen müfsten verschiedene Parasiten nachgewiesen werden. Es ist wahrscheinlich, dafs diese Einschlüsse parasitärer Natur sind; über die ätiologische Bedeutung derselben ist aber noch nichts Bestimmtes zu sagen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Goris stellte in der Brüsseler Poliklinik eine 60jährige Patientin mit ausgedehntem **Epithelioma nasi** vor, das mehrmals operiert werden mufste und stets recidivierte,

bis sich Vortragender zur totalen Ablation der Nase mit Oberkieferresektion entschlofs; Rhinoplastik nach Langenbeck. (*Presse méd. belge.* 1893. No. 30.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Multiple Epitheliome, von G. A. Phillips. (*New York med. Journ.* 10. Juni 1893.) Die 31jährige, unverheiratete Patientin bemerkte zunächst an der rechten Brust einen kleinen, beweglichen, subkutanen Tumor. Im Laufe der nächsten 14 Monate traten am ganzen Körper mit Ausnahme der Vorderarme und Unterschenkel dichte Haufen solcher Tumoren in verschiedenen Gröfsen hervor. Es wurden deren mindestens 700 gezählt, doch waren es ihrer entschieden mehr. Über 100 wurden unter Kokainanästhesie excidiert. Patientin ging unter den Erscheinungen von Paraplegie, allgemeinem Anasarca und intensiven Schmerzen zu Grunde. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine auffallende Übereinstimmung in Bezug auf Struktur bei den einzelnen Geschwülsten; gröfsere und kleinere Epithelnester mit einem wenig entwickelten bindegewebigen Stroma. *Philippi-Nieheim.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Einige Veränderungen im Urin nach Darreichung eines Glycerinauszuges von Schilddrüsen bei Myxödem, von W. M. Ord und E. White. (*Brit. med. Journ.* 29. Juli 1893.) Eine an Myxödem leidende Frau nahm 4—5 Wochen hindurch täglich 20 Tropfen eines Extraktes von Schilddrüsen von Schafen. Die Gabe entsprach dem sechsten Teile der ganzen Drüse. Sorgfältige Regulierung der Diät vor und nach der Behandlung liefs die Wirkung der Therapie deutlich an einer erheblich gesteigerten Ausscheidung von Harnstoff erkennen; daneben war die Urinmenge vermehrt, das Körpergewicht nahm um etwa acht Pfund im Laufe eines Monats ab, und die Körpertemperatur stieg um $^{5}/_{9}$—2° C. Weitere Mitteilungen werden in Aussicht gestellt.

Philippi-Nieheim.

Mucin bei Myxödem, von Halliburton. (*Journ. of pathol. and bacteriolog.* Bd. I. Heft 1.) Die Bezeichnung „Myxödem“ entspricht nach dem Verfasser insofern nicht dem vorhandenen Befunde, als gar keine Vermehrung an Mucin statthat. Die von anderen gefundene Zunahme erklärt sich durch die jugendliche (fötale) Beschaffenheit des hypertrophischen Unterhautbindegewebes, in dem natürlich viel Bindegewebe enthalten ist. Die genaue Untersuchung bestätigt dieses. Abgewogene Organmengen einer an Myxödem gestorbenen Frau wurden fein verteilt, das Mucin mit Barytwasser extrahiert, 10%ige Essigsäure zugesetzt. Der Niederschlag wurde mit 10%iger Essigsäure, destilliertem Wasser und Alkohol gewaschen, bei 110° getrocknet und im Exsiccator abgekühlt. Die Haut enthielt 0,08 (gegen 0,385 in der Norm), der Herzmuskel 0,26 (gegen Spuren in der Norm), Herzklappen und Sehnen 5,22 Mucin (gegen 1,03 in der Norm). Die Werte sind höher, als die sonst gefundenen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Myxödem mit tödlichem Ausgange unter der Thyreoidbehandlung, von Thomson. (*Edinb. med. Journ.* nach den *Med. News.* 27. Mai 1893.) Ein 51jährige, ledige Patientin, die seit 10 Jahren an ausgesprochenem Myxödem litt, hatte nach verschiedentlicher anderer Behandlung (Pilokarpin etc.) mit gutem Erfolge eine Kur mit Schafsschilddrüsen ($^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ Drüse zweimal wöchentlich) und Nitroglycerin (0,06 einer 1%igen Lösung) gebraucht. Bei einem Versuche, sich im Bette aufzurichten, indessen fiel sie ohnmächtig um und starb. Die Autopsie ergab Atheromatose der Gehirnarterien, Vergröfserung der Hypophysis, Verkleinerung und Schlaffheit der Schilddrüse und vorgeschrittene Degeneration der Herzmuskulatur. Die Therapie sei nicht ausschliefslich für den ungünstigen Ausgang verantwortlich zu machen.

Philippi-Nieheim.

Die Behandlung des Myxödems mit Gaben von der Schilddrüse eines Schafes, von J. D. SHAPLAND. (*Brit. med. Journ.* 8. April 1893.) Verfasser beschreibt einen ähnlichen Fall, wie den vorgenannten. Derselbe betrifft ebenfalls eine Frau, die schon nach den ersten Gaben von Schilddrüse eine wohlthätige Wirkung verspürte und innerhalb zwei Monaten von ihrem Leiden hergestellt wurde.

C. Berliner-Aachen.

Erfolgreiche Behandlung einer myxödemkranken Irrsinnigen mit Schilddrüsen, von ALEXANDER. (*Med. Chronicle.* Vol. XVIII. No. 3. Nach den *Med. News.* 15. Juli 1893.) Eine 41jährige Frau, welche seit 10 Jahren an chronischer Manie mit erheblicher Demenz und seit zwei Jahren an Myxödem gelitten hatte, erhielt zweimal wöchentlich eine halbe Schilddrüse einer Kuh, mit Brotkrümeln verhackt. Es wurde allerdings über Übelkeit geklagt, aber die Symptome des Myxödems gingen zurück, und auch der psychische Zustand war zeitweilig entschieden gebessert.

Philippi-Nieheim.

Ein Fall von Myxödem, geheilt mit Schilddrüsenextrakt, von JOHN P. HENRY. (*The Brit. med. Journ.* 8. April 1893.) Die Patientin ist eine 44jährige Frau, welche den Beginn ihres Leidens von der letzten vor 14 Jahren stattgehabten Entbindung herleitet. Ihr Gesicht und ihre Beine begannen damals zu schwellen. Sechs Jahre später bekam sie einen heftigen Anfall von Unwohlsein und grofser Prostration. Sie war einen Tag ganz bewufstlos. Seitdem verschlimmerten sich die Symptome des jetzigen Leidens. Gegenwärtig ist das Gesicht geschwollen, ausdruckslos; die Augenlider, Lippen, Nasenflügel sind vergröfsert und verdickt; die Haut ist trocken, anämisch, das Haar sehr dünn und ebenfalls trocken. Die Patientin schwitzt nicht. Die Supraklavikulargegend ist leicht geschwollen; die Schilddrüse erscheint atrophiert.

Drei bis vier Jahre konnte die Patientin das Haus nicht verlassen. Ihr Gedächtnis wird stetig schlechter, ihre Sprache ist gedehnt, langsam, tonlos. Die Patientin klagt über unangenehmen Geschmack und Geruch.

Unter der Behandlung mit Thyreoidextrakt hat sich ihr Zustand wesentlich gebessert. Das Ödem ist ganz verschwunden, ihr Gesicht sieht natürlich, wenigstens um zehn Jahre verjüngt aus. Die Patientin spricht rasch und natürlich, ihre Stimmung, ihr Gedächtnis ist wieder gut. Die Haut fühlt sich jetzt feuchter an. Die Verdauung ist gut. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Beitrag zur Kasuistik der centralen Gliose des Rückenmarks (Syringomyelie), von CARL BRUTTAU. Mit 2 Tafeln. *Gesammelte Abhandlungen aus der medizinischen Klinik zu Dorpat,* herausgegeben von Prof. H. UNVERRICHT. (J. F. Bergmann, Wiesbaden 1893.) Zu den zahlreichen Arbeiten über Syringomyelie, die in der letzten Zeit erschienen, gesellt sich die vorliegende, die uns neben einer eingehenden Schilderung der Pathologie dieses interessanten Leidens sieben neue Fälle bringt. Von den zur Erklärung der Syringomyelie aufgestellten Hypothesen sind sechs hervorzuheben:

1. HALLOPEAU: Sclérose diffuse péri-épendymaire.
2. WESTPHAHL-SIMON-SCHULTZE: Zentrale Gliose.
3. VIRCHOW-LEYDEN: Kongenitale Hemmungsbildung.
4. EICHHORST-NAUNYN-LANGHANS: Stauungstheorie.
5. JOFFROY et ACHARD: Myélite cavitaire.
6. KRONTHAL: Stauungstheorie.

Von diesen sind die zweite und dritte die wahrscheinlichsten; besonders scheint die zentrale Gliose das gröfste Kontingent zur Syringomyelie zu liefern, gleichgültig, ob sie mit oder ohne Höhlenbildung einhergeht. Von Interesse dürfte es sein, die Symptome der in Rede stehenden Krankheit nach CHARCOTschem Schema in nach-

folgender Tabelle wiederzugeben, wenn auch nicht alle Symptome zweifellos ihr zukommen.

I. Symptome, bedingt durch Läsion der zentralen grauen Substanz:

1. Vordersäulen: Degenerative Muskelatrophie, dadurch bedingte Paresen und Paralysen (Typus DUCHENNE-ARAN).

2. Hintersäulen: „Dissociation syringomyélique“; Parästhesien und diffuse Schmerzen als Prodrome; totale Anästhesie im Endstadium; hyperästhetische Zonen.

3. der mittleren Partien:

A. Trophische Störungen:

a. der Haut: Schwielen, Rhagaden und Geschwürsbildung; Peau lisse s. glossy skin; Nägeldifformitäten; Mal perforant; Ekzeme; Prurigo (?), Urticaria; Herpes, Phlyktänen, Vitiligo, Decubitus etc.

b. des Unterhautzellgewebes: Erysipel, Phlegmonen, Panaritien, Abscesse etc.

c. der Gelenke: Hydrarthros, Gelenkentzündungen mit Ausgang in Ankylose, Disposition zu Luxationen; Tendosynovitis etc.

d. der Knochen: Osteoporose u. Osteomalacie; Atrophie der Knochensubstanz; Verdickung der Epiphysen; Hyperostosen; vermehrte Brüchigkeit mit Pseudarthrosenbildung.

B. Deviation der Wirbelsäule: Skoliose, Kyphoskoliose, Lordose.

C. Vasomotorisch-sekretorische Störungen: Thermische Parästhesien, Homme autographique, Ödeme, Cyanose, Hyperidrosis und Hyphidrosis, profuser Thränenflufs etc.

D. Blasen-Mastdarm-Genitalstörungen: Incontinentia et Retentio urinae, Incontinentia et Obstructio alvi, Amenorrhoe, Verminderung und Steigerung der Potenz, schmerzhafte Pollutionen etc.

E. Okulo-pupilläre Symptome: Pupillen und Lidspaltendifferenz mit Dislokation des Bulbus.

F. Bulbärsymptome: Schluck- und Sprachstörungen, Geschmack- und Gehörstörungen; Dyspnoe, Erbrechen; allgemeine Temperaturstörungen; Neuralgieen; dissociierte Anästhesie der Schleimhaut des Auges und Mundes; Facialis- und Abducenslähmung; Salivation; Polyurie etc.

II. Symptome von seiten des Gehirns:

Schwindel, dumpfer Kopfschmerz, epileptiforme Krämpfe, Nystagmus, Amblyopie und Amaurose, Sehnervenatrophie, Neuritis optica, Gesichtsfeldeinschränkung etc.

III. Psychische Störungen:

Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie (?), Dementia paralytica (??) etc.

IV. Symptome, bedingt durch Läsion der weifsen Rückenmarkssubstanz:

1. Der Seitenstränge: Symptome der spastischen Spinalparalyse oder der amyotrophischen Lateralsklerose.

2. Der Hinterstränge: Serie tabischer Symptome.

Bei Erörterung der Differentialdiagnose erörtert Verfasser auch die Frage der Zugehörigkeit der Morvanschen Krankheit und der symmetrischen Gangrän zur Syringomyelie, ohne zu einem bestimmten Schlusse zu kommen. Ein vorzügliches Litteraturverzeichnis ist der Arbeit beigegeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Myxödem in Verbindung mit Wahnsinn, behandelt mit Thyreoidextrakt und Schilddrüsen-Nahrung, von Hamilton. (*Glasg. med. Journ.* Aug. 1893.) Der Fall betrifft eine 51jährige Frau, bei der nach Eintritt der Menopause sich Anzeichen ven allgemeiner Schwäche und gleichzeitig von Irrsinn einstellten. Der Zustand besserte sich nach ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt. Eines Tages, während sie in der Kirche war, wurde sie ohnmächtig und mufste ins Krankenhaus geschafft werden. Um diese Zeit wurde ihr Gesicht gedunsen; ihre Beine waren geschwollen, die Haut trocken und schuppig; sie sprach mit schwacher, monotoner Stimme. Herz und Lungen waren normal, der Urin ohne Eiweifs. Da sie Symptome von Irrsinn zeigte, wurde sie abermals in die Irrenanstalt geschafft. Der Fall wurde als Myxödem diagnosticiert. Rings um die Augen zeigte sich Ödem, das Gesicht sah blafs, wachsig-glänzend aus und war geschwollen. Die Patientin verweigerte die Nahrungsaufnahme und mufste künstlich ernährt werden. Sie erhielt ein Viertel der ganzen Schilddrüse eines kurz vorher getöteten Schafes, mit Brot und Sherry gemischt. Später wurde an Stelle der frischen Schilddrüse ein Glycerinextrakt derselben gebraucht. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. Die allgemeine Körperschwäche verlor sich; die Patientin ist gegenwärtig im stande, zu gehen, kann sich intelligent unterhalten und befindet sich in sehr heiterer Stimmung. Verfasser glaubt jedoch, dafs die Behandlung zeitlebens fortgesetzt werden müfste, da bei der Patientin die Schilddrüse ihre Funktionen eingestellt hat und dieselbe, als notwendig zur Aufrechterhaltung der Körpergesundheit, in dem Gebrauche von Thyreoidpräparaten einen Ersatz finden müfste.

C. Berliner-Aachen.

Sechi (*Rif. med.* 1893. No. 169) berichtet über die **Heilung eines Falles von Lupus erythematosus mittelst Kochscher Tuberkulininjektionen;** er findet hierin einen neuen Beleg für die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus und betont den hohen Wert der Lymphe für die Diagnose. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Totale Alopecie und Herpes labialis, von R. Pardon-Belfast. (*Brit. Medic. Journ.* 5. Aug. 1893.) Verfasser berichtet über einen 75 jährigen Greis, der bereits seit 53 Jahren an totaler Kahlheit leidet. Die Haare fielen aus, ohne dafs Syphilis oder irgend eine fieberhafte Krankheit die Veranlassung dazu gegeben hätten. Nunmehr, nachdem das Leiden 53 Jahre bestanden hatte, fingen seit ca. 3 Wochen die Haare an, auf der Oberlippe hervorzuschiefsen. Dieselben sind weifs und fein und versprechen einen leidlichen, wenn auch nicht üppigen Schnurrbart zu bilden.

Dem Wiederwachsen der Haare ging auf der rechten Seite der Oberlippe ein Herpes labialis voran. *C. Berliner-Aachen.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zur Bakteriologie der Harnwege. (*Presse méd. belge.* 1893. No. 22.) Untersuchungen von Haussmann, Küstner, Bumm, Winter etc. haben gezeigt, dafs die normalen Harnwege einen bedeutenden Grad von Immunität gegen bakterielle Infektion besitzen. Auch wenn die Harnröhre von in einem latenten, abgeschwächten Zustande der Virulenz sich befindenden Mikroorganismen dicht besäet ist, bleibt die Blase intakt, solange nicht Kongestivzustände der letzteren eintreten, wie sie z. B. bei der Schwangerschaft oder anhaltender Harnretention vorkommen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Albuminurie, von GASTON. (*Arch. génér. de méd.* December 1892.) Die Albuminurie, meistens das Resultat einer Nierenstörung, kann auch als vereinzeltes Symptom auftreten. Folgende Faktoren führen zu ihrer Entstehung: 1. Chemische Zustände. Anomale Beschaffenheit des Eiweifses, Überschufs an albuminöser Substanz im Plasma, Hydrämie, toxische Einwirkungen (Kanthariden, Metalle), mikrobiäre Ursachen. 2. Physikalisch-mechanische Verhältnisse, wie Blutdruck, Circulationsbeschleunigung, erhöhte Temperatur. 3. Organische Zustände dyskrasischer, chemischer, mechanischer Natur, ausgehend von den Glomerulis und Tubulis. — Im Urin findet man dreierlei Eiweifs: Serumeiweifs, Globulin, Pepton. Den verschiedenen Arten kommt eine prognostische Bedeutung zu. Es giebt keine Albuminurie ohne eine funktionelle oder organische Störung des Nierenfilters. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Falsche Urethralstrikturen, von RELIQUET und GUÉPIN. (*Progrès méd.* 1893. No. 20 - 22.) Die Verfasser führen an der Hand von Krankengeschichten die verschiedenen Ursachen an, welche zu reflektorischem Spasmus der Urethra führen und dadurch eine Striktur derselben vortäuschen. Dahin gehören: die verschiedenen Bildungsfehler am Meatus und Praeputium, Klappenbildungen, gewundener Verlauf der Urethra, Entzündung der normal oder besonders der anormal beschaffenen Drüsen der Glans und Harnröhre, Hypospadie, chronisch entzündliche Zustände in der Urethra, Ansammlung von Fäkalmassen im Rectum, Hämorrhoiden, andauernde aufrechte Stellung, Ekzeme der Perineal- und Zwischenschenkelgegend, fortgesetzter Aufenthalt im Wasser, Aberrationen beim Coitus (Coitus incompletus etc.), Tabes, Neurasthenie.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Eigentümlicher Farbstoff im Harn — Sulfonalvergiftung? von H. QUINCKE. (*Berl. klin. Woch.* 1892. No. 36.) Eine Patientin, die unter gastrischen Erscheinungen (Erbrechen, Obstipation) grofser Unruhe zu Grunde ging, zeigte eine dunkel-kirschrote Färbung des Urins seit einigen Tagen. Sie hatte täglich 1—2 g Sulfonal seit zwei Jahren genommen. Der Urin wird bei Verdünnung schmutzig-rot, riecht aromatisch, ist eiweifsfrei, zeigt spektroskopisch ein breites Absorptionsband zwischen F und E. Die nähere Untersuchung des Harns ergiebt, dafs der Farbstoff kein Hämatoporphyrin ist, vielleicht aber zu ihm in Beziehung steht. Ähnliche Fälle haben SALKOWSKI und JOLLES publiciert; auch in diesen war ein Farbstoff nach langem Sulfonalgebrauch neben schweren Krankheitserscheinungen, die in den vier Fällen von JOLLES auch zum Tode führten, im Urin aufgetreten, welchen die genannten Autoren für Hämatoporphyrin erklärten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Harnröhrenzerreifsungen, von O. KALISCHER-Hanau. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 24.) Bei sämtlichen Harnröhrenzerreifsungen, bei denen das vesikale Harnröhrenende vom Damm aus nicht aufzufinden ist, insbesondere bei allen Harnröhrenzerreifsungen oberhalb der Pars membranacea ist folgendes Vorgehen zu empfehlen: Zunächst Ausführung des äufseren Harnröhrenschnittes; sobald nun das vesikale Harnröhrenende vom Damme aus nicht zu finden ist, sofortige Ausführung der Sectio alta und im Anschlufs an dieselbe Katheterismus posterior und Einlegung eines Verweilkatheters. Befestigung nach DITTEL. Nach mehreren Wochen Entfernung dieses Verweilkatheters. Hierauf einige Wochen hindurch fortgesetztes Bougieren der Harnröhre von vorn und hinten mit immer stärkeren Sorten. Schliefslich nur noch Bougieren von vorn her in immer gröfseren Intervallen.
L. Hoffmann-Berlin.

Auf dem Kongrefs der französischen Chirurgen (3.—8. April 1893) spricht JULLIEN über **Cystotomia et prostatectomia suprapubica.** Er und HEURTELOUP haben Gelegenheit gehabt, die Prostata zu entfernen, indem sie oberhalb der Symphyse ein-

gingen. Ein 63jähriger Mann mit hochgradiger Prostatahypertrophie litt an Dysurie und Albuminurie. Vor einem Jahre transversale Incision der Blase und Exstirpation der stark hypertrophischen Lappen mit der schneidenden Pincette, Stillung der Blutung durch den Thermokauter, Naht, Drainage. Zwei Wochen später entleerte der Patient Urin durch die Urethra; eine Abdominalfistel blieb zurück. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die gonorrhoische Striktur der Urethra beim Weibe. Vergleichende Studie über die Harnorgane bei beiden Geschlechtern, von Genouville. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur. Revue chirur.* 1893. No. 13.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Urethralstrikturen sind beim Weibe aufserordentlich selten; die Ursachen sind bei beiden Geschlechtern dieselben: Infektion und Trauma.

2. Die funktionellen Störungen variieren von geringfügigen Miktionsbeschwerden zu vollständiger Retention und treten, ceteris paribus, beim Weibe frühzeitiger ein.

3. Die Striktur kann beim Weibe wie beim Manne zu aufsteigender Cystitis und Pyelonephritis führen, und zwar schon bei nicht sehr bedeutenden Verengerungen.

4. Die gewöhnlichste Behandlung besteht in allmählicher Dilatation; doch sind auch nach Urethrotomie und Elektrolyse günstige Resultate verzeichnet worden; am meisten Garantie für definitive Heilung bietet die totale Urethrotomie nach Quénu.

5. Die weibliche Blase weist eine geringere anatomische, dagegen eine bedeutendere physikalische Kapacität (gröfsere Dilatabilität bei demselben Drucke) als die männliche auf.

6. Dicke der Wandungen und Gewicht der weiblichen Blase sind geringer, als beim Manne.

7. Die weibliche Urethra ist aufserordentlich dilatierbar (bis zum dreifachen des normalen Kalibers von 7—8 mm Durchmesser). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Perispermatitis purulenta funiculi spermatici (Pyocele fun. spermat.), von W. Hoffmann. (Inaug.-Diss. Würzburg 1892.) Ein 52jähriger Ökonom hat seit zwei Jahren in der linken Weiche eine taubeneigrofse, allmählich wachsende Geschwulst am Samenstrange. Ein angelegtes Bruchband erzeugte Schmerz. Nach langem Marsche Vergröfserung, Fieber, Brechreiz. Durch Incision entleerte sich dicker, gelber Eiter; die Höhle lag in der Tunica vaginalis propria des Samenstranges. Drainage. Heilung. Verfasser leitet den Abscefs von einer Hydrocele des Samenstranges ab, er konnte nur einen ähnlichen Fall in der Litteratur finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung hartnäckiger chronischer Cystitiden durch die Auskratzung, von Verhoogen. (*Ann. de la Soc. belge de Chir.* 1893. No. 2.) Die Operation findet ihre Indikation in den Fällen, wo der Procefs schon tiefer gegriffen hat und jeder Behandlung, z. B. den Guyonschen Instillationen, trotzt. Beim Weibe kann die Operation, nach vorhergehender Dilatation der Urethra, von dieser aus geschehen, beim Manne aber mufs der übrigens ganz ungefährliche hypogastrische Blasenschnitt ausgeführt werden. Eine Gefahr von Perforation der Blasenwandung durch die Kurette ist nicht zu befürchten, im Gegenteil ist dafür zu sorgen, dafs diese recht scharf geschliffen sei. Nach vollständiger Ausschabung der Schleimhaut wird die Blase mit Wasser ausgespült. Hierauf wird ein mit Jodtinktur imbibierter Wattetampon durch den Schnitt eingeführt, den die heftig sich kontrahierende Blase dicht umschliefst. Es folgt die Anlegung einer permanenten Drainage während mehrerer Tage nebst täglichen antiseptischen Ausspülungen (1% Argent. nitr.), bis die Sekretion von Blut und Eiter nachgelassen hat. Beim Weibe wird die Jodtinktur zu einigen Tropfen per urethram injiciert und behufs Drainage und zur Vornahme der Ausspülungen eine Pezzersche Sonde einige Zeit liegen gelassen.

Sieben Krankengeschichten illustrieren die günstige Wirkung der beschriebenen Methode. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Bildung der hyalinen Harncylinder, von RIBBERT. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1893. No. 11.) LUBARSCH hat entgegen den neuerdings wieder von O. ISRAEL und ERNST vertretenen Ansichten über die Entstehung von hyalinen Cylindern aus den gerinnenden Eiweifskörpern des Harns behauptet, dafs jene Gebilde nicht durch Exsudation von Blutbestandteilen, sondern durch Sekretion, Zerfall oder Umwandlung von Nierenepithelien entstehen. Dabei hat man gesagt, dafs RIBBERTS Befund (bei seinen Studien über Staphylococcus pyogenes aureus) von als Fibrin gedeuteten blauen Fäden in den Arterienwänden nicht Fibrin, sondern Bindegewebsfasern darstellen; RIBBERT hält nun seine frühere Behauptung aufrecht. Sodann geht er auf die Cylinderbildung ein, die er bereits in einer früheren Arbeit auf eine Umwandlung von koaguliertem Eiweifs zurückführte. Experimentell gelang es ihm damals, hyaline Cylinder in Nieren von Kaninchen, deren Arterien 1½ Stunden abgeklemmt waren, zu erzeugen, wenn er sie frisch in Harn, verdünnte Säuren und Harnstoff brachte und diese Flüssigkeiten höchstens ½ Stunde auf 60° erhitzte: dasselbe gelingt oft durch einfaches Kochen. Diese Cylinder können auch in der lebenden Niere in derselben Weise entstehen, das sieht man bei der Untersuchung derselben mehrere Tage nach der Abklemmung. In der ersten Zeit lösen sich die Cylinder in Wasser noch leicht auf; sie finden sich zuerst in den Schleifen, später auch in den geraden Harnkanälchen. Es können also dieselben aus einer homogenen Gerinnung eiweifshaltiger Transsudate hervorgehen. Das Fibrin kommt dabei nicht in Betracht. ISRAEL und ERNST bejahen das, und da fragt es sich nun, ob es überhaupt aus Fibrin aufgebaute Cylinder giebt. Obgleich Verfasser keine eigenen Untersuchungen darüber besitzt, glaubt er doch, die Möglichkeit nicht in Abrede stellen zu können. Diese ist auch zuzugeben für die Entstehung hyaliner Cylinder aus nekrotischen Epithelien, nur ist auch da die Durchtränkung mit dem Transsudate wohl von Bedeutung. Dagegen ist zweifelhaft, ob die von LUBARSCH als Sekret der Epithelien angesehenen Tropfen, welche er mit der Cylinderbildung in Verbindung bringt, etwas anderes sind, als eine eigenartige Transsudatgerinnung, wofür RIBBERT Beweise beibringt. Es kann sich da auch um Kunstprodukte der Alkoholhärtung handeln. Diese Tropfen will LUBARSCH erst durch Transsudat oder Exsudat verkleben, letzteres mufs dann natürlich sich im hyalinen Zustande befinden, was ein Zugeständnis an die Koagulationsgenese der nach WEIGERT färbbaren Cylinder bedeutet. Man kann nicht, wie LUBARSCH, die Cylinder, die nach WEIGERT färbbar sind, trennen von den nicht färbbaren, da die Beziehungen der genetisch gleichen Produkte zur Färbung dazu nicht konstant genug sind. Kleine Unterschiede in der Zusammensetzung, vielleicht Altersunterschiede, sprechen da mit. Mögen auch andere Wege der Cylinderbildung möglich sein, das Wichtigste dabei ist das eiweifshaltige Transsudat; dieses ist eine der ersten Erscheinungen der Nierenveränderungen und tritt noch vor der Desorganisation des secernierenden Parenchyms auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Vorkommen von Fibrin in Nierencylindern, von PAUL ERNST. (Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie, herausgegeben von ERNST ZIEGLER. 1893. Bd. XII.) Wenn man drei Arten von Cylindern nach der Entstehungsweise unterscheidet, Transsudations-, Sekretions- und Zerfalls- (Umwandlungs)-Cylinder, so ist damit nicht gesagt, dafs die erstgenannten aus Fibrin bestehen. Die Ansichten über die Beteiligung des Fibrins an der Cylinderbildung, und ob diese Fibrinbildung aus dem Transsudat oder auch aus der Umwandlung der Epithelzellen hervorgeht, sind sehr verschieden. Verfasser giebt zunächst einen Überblick über

die betreffende Litteratur und berichtet dann über seine eigenen Untersuchungen, bei denen die WEIGERTsche Fibrinfärbung verwendet wurde. Auf Grund derselben kommt er zu dem Schlusse, dafs das Fibrin bei der Cylinderbildung eine gröfsere Rolle spielt, als man gewöhnlich annimmt. Dabei hat er einen späteren Übergang der Fibrincylinder in hyaline beobachtet, ohne zu behaupten, dafs jeder hyaline Cylinder weiter oben im Strombett aus Fibrin bestanden hat. Gerade bei akuten Entzündungen mit trüber Schwellung und parenchymatöser Degeneration, wo doch auch hyaline Cylinder, wenn auch spärlich, vorkommen, hat er das Fibrin fast vollkommen vermifst. Dafs Hyalin, ein doch nur durch Lichtbrechung, Strukturlosigkeit, Homogenität und Konsistenz definierte Substanz, aus Fibrin hervorgeht, dürfte füglich nicht zu bezweifeln sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Gangrän der Genitalien; klinischer Vortrag von BALZER. (*Médecine moderne.* 1893. No. 55.) Vortragender berichtet über 25 Fälle von Genitalgangrän, wovon 8 infolge von Paraphimosis, 8 nach Ulcus molle und 9 aus unbekannten Ursachen. Er macht dabei aufmerksam auf den relativ häufigen Ausgang des weichen Schankers in Gangrän. Die beiden Processe sind aber verschiedener Natur, d. h. verdanken verschiedenen Mikrobien ihre Entstehung. Er ist nämlich geneigt, für das Ulcus molle den von DUCREY, UNNA, QUINQUAND etc. gefundenen Bacillus als Krankheitserreger anzusehen und möchte denselben Ulcerobacillus nennen; als Ursache der Gangräne sei vor allem, wenn auch nicht ausschliefslich, das Vibrion septique PASTEURS anzusehen. Die beiden Processe entwickeln sich auch nicht gleichzeitig, indem die Ulceration der Gangrän vorangeht und ihr unter dem Einflusse der Unreinlichkeit, unpassender Verbände etc. den Weg vorsteckt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Amöben im Harn, von C. POSNER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 28.) Ein 37jähriger Musiker, der stets gesund und immer in Berlin war, kam am 12. Juli v. J. in die Poliklinik POSNERS mit der Angabe, dafs er blutigen Harn entleere. Vor drei Tagen sei er von einem Schüttelfrost befallen, dem allgemeines Krankheitsgefühl sich anschlofs, von dem Tage an sei der Urin blutig geworden. Er fühle sich zwar wieder besser, doch der Urin enthalte immer noch Blut. Ursache soll eine Erkältung gewesen sein. Die Untersuchung des ganzen Körpers ergab nirgends eine Veränderung. Der Urin, der angeblich in gewöhnlicher Menge entleert wurde, war tiefrot gefärbt, sehr trübe, enthielt — nach der Hellerschen Probe — reichlich Blut und viel Eiweifs. Die mikroskopische Untersuchung des durch Centrifugieren gewonnenen Sedimentes liefs auf den ersten Blick die Anwesenheit zahlreicher Körper erkennen, aus granuliertem Plasma bestehend, die die weifsen Blutzellen etwa um das 8—10fache an Gröfse übertrafen. Sie enthielten eine oder mehrere teils runde, teils längliche Kerne, ferner Vakuolen und fremde Einschlüsse, insbesondere rote Blutkörperchen. Sie besafsen meist unregelmäfsige, plumpe Formen, die sich deutlich, wenn auch langsam, veränderten, — stellenweise waren längere, zarte Fortsätze zu erkennen. Aufser diesen Gebilden, die sofort Jedem, der sie sah, als Amöben imponierten, enthielt der Urin sehr zahlreiche, wohl erhaltene rote Blutscheiben, Leukocyten, vereinzelte Nierenepithelien und hyaline, sowie granulierte und Blut-Cylinder. Patient wurde auf absolute Milchdiät gesetzt und Bettruhe geraten. Am 14. Juli war der Urin heller; die mikroskopische Untersuchung ergab in betreff der Amöben eine Abweichung gegen den bisherigen Befund: die beweglichen, nackten Formen waren in der Minderzahl gegenüber runden, mit einer deutlichen Hülle umgeben, deren Inhalt deutlicher granuliert, vielfach wie aus kleinsten Körnern zusammengesetzt erschien. Tags darauf gelang es nicht mehr, Amöben nachzuweisen, der Urin war nun fast blutfrei, enthielt aber noch Eiweifs und Cylinder. Es trat nun eine einwöchentliche Pause ein, während

der sich Patient ganz wohl fühlte und einen zwar eiweifshaltigen, aber blut- und amöbenfreien Urin entleerte. Am 21. Juli erschien eine neue, zwei Tage andauernde Attacke mit den gleichen Erscheinungen, der am 10. September und 11. November neuerliche Anfälle von Hämaturie mit Amöben darin folgten. P. rät bei Hämaturie, den Urin auf Amöben zu untersuchen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Cystoskopie, von Verhoogen. (*Ann. de Méd. et de Chir.* 1892. No. IV.) Nach einer Beschreibung des Nitzeschen Endoskopes, das er für das beste und praktischte hält, sowie dessen Gebrauchsanweisung beschreibt Verfasser die endoskopischen Bilder, wie sie sich uns bieten bei normaler und katarrhalisch afficierter Blase, bei Tuberkulose, Anwesenheit von Fremdkörpern, bei Tumoren und Nierenaffektionen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

In der Société anatomo-pathologique (*Presse méd. belge.* 1893. No. 28.) berichtet E. Nyssens über einen Fall (30jähriger Mann) von **aufsteigender Cystitis mit purulenter Nephritis.** Einige Zeit vor dem Tode hatte der Patient gastroenteritische Symptome dargeboten, welche den Gedanken an Typhus abdominalis hatten aufkommen lassen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Gonorrhöe und Komplikationen.

Weitere Mitteilungen über die Verwendbarkeit der Antrophore bei der infektiösen Urethritis, von Lohnstein. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1892. No. 29.) Nachdem von Düring und Kopp ein absprechendes Urteil über die Antrophore gefällt haben, bricht L. von neuem eine Lanze für diese Bereicherung unserer Therapie. Er sieht gute Erfolge, Heilung unter Abkürzung der Behandlungsdauer bei akuter Gonorrhoe, falls nicht zu starke entzündliche Erscheinungen vorliegen; bei subakuter und chronischer Urethritis anterior, wenn es sich um diffuse, oberflächliche Erkrankung der Schleimhaut handelt; bei Urethritis posterior, wenn das Parenchym der Prostata frei ist und neurasthenische Erscheinungen fehlen. Man mufs mit dem in der Gelatine enthaltenen Medikament wechseln. Verfasser verlangt, dafs der Arzt nach gründlicher Ausspülung der Harnröhre selbst das Antrophor einlege.

F. Hahn-Bremen.

Zur Diagnostik der Urethritis posterior, von Lohnstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 58.) Die Probe von Thompson (Zweigläserprobe) geht von der Voraussetzung aus, dafs das Sekret der Urethra posterior in die Blase regurgitiert. Jadassohn spült die Urethra anterior aus, annehmend, dafs der Musculus compressor urethrae genügend Widerstand leistet. Letzteres ist nicht immer sicher, da derselbe besonders bei langsam einwirkendem mäfsigen Drucke leicht nachgiebt, worauf ja die Methode der Blasenausspülung ohne Katheter beruht. Auch durch Injektion von Zuckerlösungen in die Harnröhre hat man das bewiesen. Verfasser hat nun auch experimentell die Unrichtigkeit der Jadassohnschen Voraussetzung nachgewiesen, und zwar auf folgende Weise: Er spülte mittelst Nelatonkatheters die vorderen Teile der Harnröhre mit 0,5%iger Ferrocyankaliumlösung aus und irrigierte dann so lange mit Wasser, bis dasselbe mit Eisenchloridlösung keine Reaktion mehr gab. Zeigte nun der sofort entleerte Harn die Reaktion mit Berlinerblau, so war der Musculus compressor überschritten. Das war nun unter 94 Fällen 37 mal, also in 39%, der Fall; damit ist die Jadassohnsche Probe als ungenügend gekennzeichnet. Zu bedenken ist ja, dafs es sehr leicht möglich ist, mit dem Spülwasser Entzündungsprodukte erst in die Urethra posterior zu treiben. Es giebt die Jadassohnsche Probe also einen zu hohen Procentsatz, während die Thompsonsche einen zu niederen giebt. Die Berlinerblau-Reaktion ist nun für die Diagnose der Urethritis posterior in folgender

Weise zu benutzen. Folgende Möglichkeiten bei Harnproben sind ganz eindeutig: 1. Der Harn ist klar und gelb; 2. der Harn ist klar und blau; 3. der Harn ist flockenhaltig und gelb. Ist der Harn aber flockenhaltig und blau, so mufs man eine Klärung der Diagnose von einer Wiederholung der Procedur erwarten. LOHNSTEIN fand so 21 mal Urethritis anterior, 17 mal Urethritis posterior, 55 mal eine Gonorrhoea acuta, 39 mal eine Gonorrhoea chronica; 9 mal erhielt er keinen sicheren Aufschlufs. Der Musculus compressor erwies sich weniger widerstandsfähig bei der akuten, als bei der chronischen Gonorrhoe. Ein zahlenmäfsiger Vergleich der drei Proben (THOMPSON, JADASSOHN, LOHNSTEIN) soll nach umfangreicheren Untersuchungen folgen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die chronische Gonorrhoe der Urethra des Mannes und ihre Behandlung. Vortrag gehalten in der Atlanta Society of Medicine, von FLOYD W. MCRAE-Atlanta. (*Atlanta Med. and Surg. Journ.* Juni 1893.) Von der Schuld, dafs Gonorrhoeen sich häufig durch Monate und Jahre hinziehen, sind viele, durch „Sachverständnis nicht getrübte Ärzte“ nicht völlig frei zu sprechen.

Es ist die erste Aufgabe des behandelnden Arztes, die Diagnose, den Sitz der Krankheit sicher zu stellen.

Redner bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden und illustrirt das Gesagte durch eine Reihe interessanter Fälle aus seiner Praxis.

Diskussion. Dr. DUNCAN spült zunächst die Urethra mit grofsen Quantitäten Wasser ordentlich aus und appliciert dann milde Desinficientia.

Dr. STOCKARD folgt der Behandlungsweise, wie sie MCRAE beschrieben hat. Er bediente sich früher zu den Injektionen langer, an dem einen Ende siebförmig durchlöcherter Katheter, später wandte er mit gutem Erfolge die von KEYE und ULTZMANN modificierten Katheter an.

Dr. HURT glaubt, dafs er vermittelst der Injektionsmethode, wie sie MC. RAE angegeben, einen Fall, den er nach mehrmonatlicher Behandlung ungeheilt entlassen mufste, wohl sicher hätte heilen können. In der letzten Zeit habe er zu den Injectionen das Borglycerin gebraucht, das sowohl antiseptisch sei, als auch ein wenig adstringierend wirke. Hauptsächlich seien solche Lösungen zu gebrauchen, welche den Patienten möglichst wenig Schmerzen bereiten.

Dr. KIME ermahnt die praktischen Ärzte, etwas gewissenhafter bei der Behandlung der Gonorrhoe zu Werke zu gehen und die männlichen Patienten vor dem geschlechtlichen Verkehr zu warnen, der den Frauen durch Übertragung der Gonorrhoe viele, häufig unheilbare Beschwerden bereiten kann.

Dr. CHILDS hat in den letzten Monaten den von MCRAE angegebenen Katheter benutzt und von Injektionen mit Argent. nitric. (1:4000) gute Resultate erzielt. Auch Irrigationen mit Bismuth. subnitric. wirken zuweilen gut. Die folgenden Redner in der Discussion bringen keine für die Behandlung der Gonorrhoe wichtigen Neuigkeiten.

Dr. WESTMORELAND bedient sich neben den Einspritzungen der Metallsonden, welche durch Druck und Kältewirkung einen günstigen Einflufs auf die erkrankte Schleimhaut der Urethra ausüben. Dr. MCRAE schliefst die Diskussion mit einer Ermahnung an die Ärzte, mehr Aufmerksamkeit der Behandlung der Gonorrhoe zu schenken, die zwar schwer heilbar, aber doch nicht unheilbar wäre. Die Patienten müfsten längere Zeit hierdurch genau kontrolliert werden. Ohne diese Kontrolle würde niemals ein Fall thatsächlich geheilt werden. *C. Berliner-Aachen.*

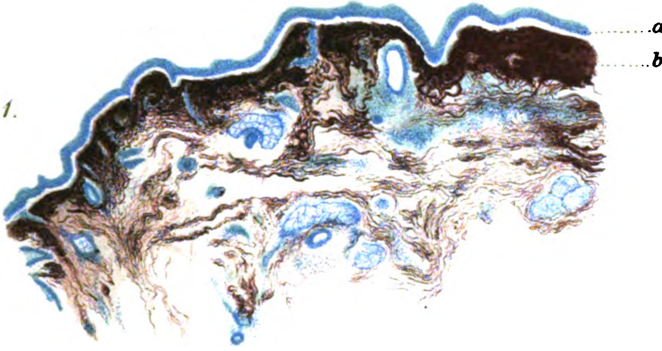


Fig. 1.

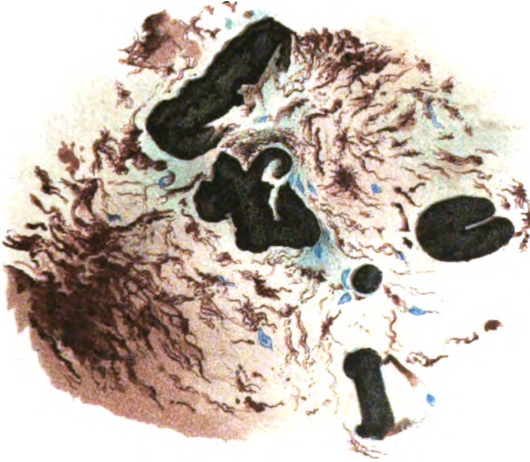


Fig. 2.



Fig. 3.

A. Reizenstein, fec.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. №. 2. 15. Januar 1894.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über mucinartige Bestandteile der Neurofibrome und des Centralnervensystems.

Von

P. G. UNNA.

Die ausgezeichnet schöne, spezifische Rotfärbung, welche alle mucinartigen Bestandteile der Haut (Mastzellen, mucinöse Umwandlung des Kollagens und der Epithelien) bei der Färbung mit dem polychromen Methylenblau (GRÜBLER) und geeigneter Entfärbung annehmen, hat zu einigen neuen Funden geführt, welche ich im folgenden kurz mitteilen möchte.

Es war mir früher schon in einem Falle von Neurofibrom der Haut der Reichtum an Mastzellen innerhalb des neurofibrösen Gewebes aufgefallen. Im Gegensatz zum umgebenden Hautgewebe, welches die gewöhnliche kollagene Substanz aufweist, besteht, wie wir seit der epochemachenden Arbeit von RECKLINGHAUSEN wissen, das Gewebe des Knotens aus einer ganz eigenartigen kollagenen Substanz. Dieselbe ist nicht bloſs frei von Elastin — diesen Umstand teilt sie mit anderen Arten des Fibroms —, sondern sie ist ganz besonders durchsichtig, weich und zeigt eine äuſserst regelmäſsige Struktur, die mit der der Nervenscheiden übereinstimmt. Bei der Orcein-Methylenblau-Methode bevorzugt sie nicht wie die anliegende Cutis das Orcein, sondern das Methylenblau und färbt sich überhaupt so abweichend, daſs sie bei allen guten Intercellularfärbungen sich schon bei Betrachtung mit bloſsem Auge scharf von der Umgebung abhebt. Sie besteht aus einer weichen, ziemlich formlosen kollagenen Substanz, welche einen Aufbau aus Fibrillenbündeln vermissen läſst und in welche in ziemlich regelmäſsigen Abständen äuſserst protoplasmaarme Spindelzellen mit stäbchenförmigem Kern und groſse Mastzellen von auffallend runder Form eingelagert sind. Wenn das neurofibröse Gewebe innerhalb der Cutis nicht schon durch sein Einwachsen von den Nerven her, seine Abstammung von dem Bindegewebe der Nervenscheide und die besondere Art seines Kollagens leicht von sonstigen Fibromen der

Haut getrennt werden könnte, würde es durch die grofse Anzahl, die regelmäfsige Verteilung und die durchweg runde Form der Mastzellen bereits als etwas Besonderes gekennzeichnet sein.

Der neue Fund bezieht sich nun auf diese mir von früher her wohlbekannten, eigentümlich disponierten und geformten Mastzellen des Neurofibroms. An einigen neuerdings bearbeiteten, noch kleinen Knoten desselben Falles zeigen sich nämlich bei der neuen Mastzellenfärbung (polychromes Methylenblau, Glycerinäthermischung) die Mastzellen zum grofsen Teile über doppelt so grofs wie gewöhnlich und zwar durch Mitfärbung eines runden, grofsen Hofes, in dessen Centrum die eigentliche von jeher bekannte Mastzelle, bestehend aus blauem Kern und einem Hof tiefroter Körner liegt. Stärkere Vergröfserung lehrt, dafs der Hof, obwohl er genau dieselbe rote Farbe aufweist wie die Körner, nicht körnig, sondern äufserst fein spongiös ist. Es handelt sich mithin um ein diesen Mastzellen eigentümliches Spongioplasma. Eine eingehendere Untersuchung dieser Zellen zeigt, dafs der Hof den central liegenden Kern mit seinem Körnerhaufen nicht allseitig umgiebt, sondern unsymmetrisch, einseitig. Meistens findet man nur bei hoher oder bei tiefer Einstellung ein schalenförmig ausgebreitetes, rotes Spongioplasma, und in dieser offenen Schale liegt der Kern mit seinem Körnerhaufen. Zuweilen ziehen sich Fortsätze des Spongioplasmas um das letztere Gebilde herum und berühren sich von beiden Seiten her, so dafs es dann wie in einen Mantel eingeschlagen, aber nicht vollständig eingehüllt ist. In anderen Fällen stellt der rote Hof nur eine unregelmäfsige Platte dar, welche fadenartige Fortsätze in verschiedener Richtung abgiebt und welcher die Mastzelle sensu strictiori (Kern + Körnerhaufen) nur seitlich anliegt — Zellen, welche in ihrer Gestalt an die Flügelzellen der Sehnen erinnern. In wieder anderen Fällen sieht man glocken- oder besser quallenartig gekrümmte, spongiöse Massen mit schleierartigen, breiten Fortsätzen, in deren Höhlung der Kern mit seinen Körnern liegt.

Dafs trotz der häufig excentrischen Lage der Mastzellen zu ihrem „Hofe" dieser letztere wirklich mit zur Zelle gehört und nicht etwa ein andersartiges, die Zelle nur umhüllendes Gebilde ist, geht aus den vielfach vorkommenden Bildern hervor, in denen man deutlich die Stelle erkennt, wo die Hülle oder Schale mit der Mastzelle sensu strictiori zusammenhängt. Man sieht hier, dafs das die Körner umhüllende Protoplasma, welches sonst meist ungefärbt, bei dieser Methode auch diffus rötlich gefärbt ist, direkt in das Hüllenprotoplasma an dieser Stelle übergeht. Es ist mithin die Hülle eine Fortsetzung des spongiösen, nicht körnigen Protoplasmas über die Grenzen der Körneranhäufung hinaus, und das Eigentümliche in ihrer Struktur ist nur der Umstand, dafs sie sich sehr weit von dem körnerhaltigen Teile des Leibes entfernt und ihn von

allen Seiten umkreist, während sie nur an einer Seite direkt mit ihm zusammenhängt. Dadurch kommt es, daſs gewisse Schnitte den Körnerleib anscheinend ganz frei in der Mitte zeigen, während, durch einen Zwischenraum getrennt, die rote Hüllmembran ihn im Kreise umgiebt, in dem sie sich an die Wand der Lymphspalte anlegt, in welcher die Mastzelle liegt. Solche Bilder allein betrachtet, könnten dazu verführen, die körnerfreie Hülle als eine den Lymphraum austapezierende selbständige Membran oder einen roten Mucinniederschlag auf der Wand desselben zu betrachten. Aber die von mir gegebene Auffassung erklärt diese Bilder ungezwungen und die übrigen sämtlich ebenfalls. Es ist nur notwendig, zu wissen, was sich durch eine gute Kollagenfärbung stets auch sonst nachweisen läſst, daſs im Neurofibrom jede Mastzelle von einem ziemlich regelmäſsig runden Lymphraume umgeben ist; auf diesem liegt, mehr oder minder ausgebreitet — endothelartig —, die platte, körnerlose Hülle, während von ihrer Mitte aus der Körnerleib in den Hohlraum hineinragt.

Ich möchte, da die sonstigen Formen der Gebilde, welche Mastzellenreaktion zeigen, auch nicht allgemein bekannt sind, über dieselben auch noch ein paar Bemerkungen hinzufügen. Die ursprünglich von EHRLICH zuerst erkannte Form der gewöhnlichen Mastzellen, welche mittelst Säureentfärbung oder Säureabschwächung basischer Farben entsteht, ist die einer kugligen, ovalen, spindelförmigen oder bizarr verzerrten oder verästigten Körnergruppe, deren zusammenhaltendes Protoplasma (Spongioplasma) und deren Kern farblos und daher unsichtbar sind. Dieselben Gestalten findet man dann mittelst neutraler Entfärbung — am besten polychromes Methylenblau und Entfärbung mittelst Glycerinäthermischung oder neutraler Orceinlösung — nur mit dem Unterschiede, daſs in der (roten) Körnergruppe der Kern auch (blau) gefärbt ist; das umgebende Protoplasma ist hier auch meistens schwach mit gefärbt.

Diesen allgemein bekannten Formen gegenüber giebt es aber noch einige, welche seltener vorkommen und manchen Histologen unbekannt sein dürften.

Erstens — und das findet sich noch relativ häufig — wird die Mastzelle umgeben von unregelmäſsig zerstreuten freiliegenden Körnern, welche ebenfalls Mastzellenkörnung aufweisen. Man kann dieselben für freies Mucin halten, welches in die Mastzellen aufgenommen wird, oder für solches, welches von ihnen abgegeben wurde. Ich halte letztere Auffassung für die richtigere. In einem Carcinom habe ich das Bindegewebe stellenweise dicht von Mastzellenkörnung durchsetzt gefunden.

Zweitens — diese Erscheinung verlangt neutrale Entfärbung und ist daher weniger bekannt — finden sich einzelne Mastzellen umgeben von einer homogenen Substanz, welche die Reaktion der Mastzellenkörnung aufweist, aber keine Körner enthält. In diesen Fällen handelt es sich

entweder um eine mucinöse Umwandlung der Intercellularsubstanz oder um die beschriebenen, aber nicht als solche erkennbaren Hüllplatten der Mastzellen (von mir besonders häufig in jungen Narben gefunden).

Drittens zeigt die neutrale Entfärbung bei einer Reihe von Hautkrankheiten Mastzellen von der gewöhnlichen Form, welche sich dadurch auszeichnen, dafs sie die Körnung nur an einem Pole oder wenigstens nicht rund um den Kern, sondern einseitig angeordnet zeigen. Der übrige Zellenleib ist wie der einer gewöhnlichen, spindelförmigen Bindegewebszelle gebaut. Ich halte diese Zellen für in Bildung begriffene Mastzellen.

Viertens kommen bei derselben Entfärbung Mastzellen vor von der gewöhnlichen Form, aber ausgezeichnet dadurch, dafs das die Körner einhüllende Spongioplasma in diffuser Weise dieselbe rote Farbe annimmt wie die Körner. Diese Zellen sind entweder als mit Mucin übersättigte Mastzellen oder als solche aufzufassen, in welchen die Mastzellenkörnung verflüssigt und aufgelöst wird.

Von diesen vier selteneren, aber immerhin bei geeigneter Färbung doch oft genug zu Gesicht kommenden Formen mit Mastzellenfärbung haben die zweite und vierte, wie man sieht, einige Ähnlichkeit mit der hier beschriebenen fünften Form der „Mastzelle mit Hüllplatte.“ Denn dort sehen wir eine extra - intracelluläre diffuse Färbung derselben Art wie in den Körnern. Es geht daraus hervor, dafs wir die „Mastzellen mit Hüllplatte“ als die vollständigsten, sozusagen „am meisten gemästeten“, mucinreichsten, als hypertrophische Mastzellen anzusehen haben. Es handelt sich um eine sehr weit getriebene mucinöse Veränderung der Bindegewebszellen, welche ich bisher nur beim Neurofibrom gefunden habe.

Es unterliegt nach diesen Befunden wohl keinem Zweifel, dafs die kollagene Substanz, welche die Neurofibrome vor anderen Fibromen der Haut auszeichnet, einen ihr eigentümlichen Gehalt an Mucin besitzt. Die Mastzellen entwickeln sich zu einer ungewöhnlichen Blüte, und hier und da finden sich auch diffuse rote Färbungen, welche dem gewöhnlichen kollagenen Gewebe nicht zukommen und auf einen Mucingehalt desselben schliefsen lassen. Hängt dieser Mucingehalt nun mit der Abstammung von einem nervenhaltigen Gewebe zusammen? Ist die stärkere Ansammlung der methylenroten Substanz ein Kennzeichen des neurofibrösen Gewebes im Gegensatz zu sonstigen Arten des fibrösen Gewebes? — des Neurofibroms im Gegensatz zu anderen Hautfibromen?

Auf diese noch ungelösten Fragen wirft vielleicht ein zweiter Fund einiges Licht, welcher mir mit Hülfe derselben Färbemethode im letzten Herbst gelang. Bei der Behandlung von Rückenmarksschnitten und solchen des verlängerten Markes fand ich (Mensch und Kaninchen), dafs ein grofser Teil des Rückenmarkquerschnittes, insbesondere die weifse

Substanz (Vorder-, Hinter- und Seitenstränge) normalerweise dicht durchsetzt ist mit freiliegenden Körperchen, welche eine ähnliche rote Mucinreaktion geben wie die Mastzellen. Dieselben sind von verschiedenster Gestalt und Gröſse und erfüllen zum Teil die Zwischenräume, welche zwischen den Achsencylindern und dem Neurogliagerüst der weiſsen Substanz übrig bleiben. Sie sind homogen und färben sich bei der angegebenen Entfärbung durch und durch rot mit einem Stich ins Bläuliche. Die gröſsten roten Körperchen liegen in dem mittleren und inneren Bezirk der weiſsen Substanz; nach der Peripherie zu werden sie sehr viel kleiner, bis sie nahe dem äuſseren Rande vollständig verschwinden. Ebenso finden sich kleinere Körperchen von derselben Reaktion in den Hinter- und Vorderhörnern der grofsen Substanz, sowie noch in den aus dem Rückenmark austretenden Nervenstämmen, um hier an Menge und Gröſse rasch abzunehmen. Innerhalb der grauen Substanz des Rückenmarkes folgen die Körper ebenfalls dem Verlaufe der durchziehenden Nervenfasern, aber sind sehr viel unregelmäſsiger und spärlicher in der Umgebung derselben verteilt als innerhalb der weiſsen Stränge.

In Bezug auf die hier angegebene Verteilung der rot gefärbten Massen will ich nicht unterlassen, von vornherein darauf aufmerksamuzu machen, daſs unter den vielen Methoden ihrer Darstellung, auf die ich unten noch zurückkomme, nur wenige sind, welche eine derartig universelle Ausbreitung dieser Substanz ergeben. Die Glycerinäthermischung ist eben ein besonders geeignetes Darstellungsmittel für mucinartige Körper, bei den meisten anderen Färbemethoden verschwinden die kleineren und weniger stark gefärbten Körper, und es bleibt von ihnen nur eine in den einzelnen Fällen verschieden ausfallende, beschränkte Auswahl zurück. Bei möglichst vollsändiger Darstellung zeigt es sich aber, daſs die mucinöse Substanz einen überraschend groſsen Anteil des Rückenmarkquerschnittes erfüllt; sie wird über ein Drittel des Rückenmarkes ausmachen.

Die Gestalt der Körperchen zu beschreiben, ist eine schwierige Aufgabe und würde uns bei strenger Erfüllung über den Rahmen dieser Mitteilung hinausführen. Ich glaube, am raschesten eine annähernde Vorstellung von derselben zu erzielen, wenn ich den Leser bitte, sich verschieden geformte, beliebige Schnitzel von rotem Seidenpapier zu denken, welche man durch unregelmäſsiges Zusammenfalten und konzentrisches Aufrollen in Stäbchen umformt und von diesen verschieden lange Stückchen abschneidet. Von diesen Stückchen werden manche kompakt bleiben, andere sich teilweise entrollen und schalenartig geschichtete Körper mit unregelmäſsigen Ausläufern darstellen, und noch andere werden zu ganz dünnen Häutchen, Röhren und kleinsten platten Schnitzeln auseinanderfallen. Alle derartigen Formen sind in gröſster Anzahl und Variabilität vorhanden, rundliche, groſse und kleine, anscheinend solide

Klumpen, ebensolche Röhren, geschichtete, zusammengeknickte und gerollte Membranen, tafelartige, buchdeckelartige, muschelförmige Gestalten bis herab zu den kleinsten Formen, welche mit verschiedenen Bakterien eine gewisse Ähnlichkeit aufweisen.

In je gröſserer Quantität die Körperchen dargestellt werden, je mehr Formen nimmt man auch wahr, während die Methoden, welche nur eine beschränkte Auswahl unter ihnen gefärbt lassen, auch gewisse Formen bevorzugen. So findet man manchmal nur kleinere, platten- und stäbchenförmige Körper oder gröſsere anscheinend solide, rundliche oder wiederum nur gröſsere schalenartig und röhrenförmig gestaltete, welche in dünnerer Lage die Nervenkanäle auskleiden, ohne irgendwo die Nerven selbst zu berühren. Wenn man mit verschiedenen Methoden (darüber unten weiteres) eine Serie aufeinanderfolgender Rückenmarksschnitte färbt, so kann man auf diese Weise in der Form und auch in der Farbennüance ziemlich verschiedene Körper in jedem Schnitte darstellen, welche aber alle in folgenden vier Beziehungen sich ähnlich sind und deshalb offenbar zusammengehören: 1. in ihrer paraneuralen Lage, 2. in ihrer Vorliebe für Methylenrot, 3. in ihrer homogenen Beschaffenheit und 4. in ihrer auf das Grundprinzip einer schalenartig geformten Hüllsubstanz zurückführbaren Form.

Aus diesen durch verschiedene Färbemethoden an sonst ganz adäquaten und identisch behandelten Alkoholschnitten erzeugten, etwas differenten Bildern ist also keineswegs zu schlieſsen, daſs es sich um Kunstprodukte von ganz willkürlich erzeugbarer Form handelt, sondern nur, daſs voluminöse Massen von verschiedener chemischer Struktur vorliegen, deren einzelne Bestandteile durch die verschiedenen Tinktionen in verschiedener Begrenzung und Abstufung sichtbar gemacht worden.

Die bisher beschriebenen Körperchen, welche trotz ihrer ungemein variablen Gestalt dennoch zu den geformten Substanzen gerechnet werden müssen, sind aber nicht die einzigen Gebilde, welche das Methylenrot in sich aufspeichern. Es giebt auch amorphe Massen in jedem Schnitte, welche diese Eigenschaft zeigen und welche durch Übergänge mit den roten Körperchen zusammenhängen. Sie treten besonders bei solchen Darstellungsmethoden des Mucins hervor, welche Nerven, Ganglien und Neuroglia zugleich stark entfärben. Man erhält dann eine vollständige Übersicht über die Verbreitung dieser Massen im Rückenmarksquerschnitt. Eine derartige Methode besteht beispielsweise in der Behandlung des mit polychromem Methylenblau gefärbten Schnittes mittelst einer starken Lösung von Kalium bichromicum (5 %) und darauffolgender Entfärbung mit der Glycerinäthermischung. Die roten Körperchen sind hier rotbräunlich gefärbt, die amorphen Massen dunkel mahagonibraun. An solchen Präparaten konstatiert man folgendes:

Die Anfänge der amorphen, mucinösen Substanz fallen mit den roten Körperchen zusammen und liegen wie diese paraneural. Aber anstatt sich nur einer Seite des Nerven anzuschmiegen oder ihn als unvollkommene Halbröhre zu umgeben, erfüllen sie den ganzen der Marksubstanz zugeschriebenen Hohlraum gleichmäfsig und umgeben den Nerv, welcher sie zentral durchbricht, mit einer rotbräunlichen, glasigen, cylindrischen oder kugligen Masse von allen Seiten. Weiterhin zeigen sich diese Massen in den kleinen, dann in den grofsen Lymphräumen zur Seite der Blutgefäfse in der Mitte und an der Peripherie des Rückenmarkquerschnittes, füllen dieselben streckenweise vollständig aus und nehmen dabei die jeweilige Form dieser Lymphsinus an, ohne irgend welche eigene Gestalt zu bewahren. Sie liegen hier also nicht mehr perineural, sondern perivaskulär, lassen aber doch noch häufig Nerven hindurchtreten, welche die Lymphsinus zufällig durchsetzen. Die ganz grofsen und offenbar ältesten Ansammlungen der mucinösen Substanz zeigen häufig eine etwas dunklere oder sonst verschieden gefärbte, trocknere Rinde, die — wahrscheinlich durch die Wirkung des Alkohols — hier und da speichenförmig zerklüftet ist, so dafs die Klumpen dann auf dem Schnitte Rosettenform zeigen.

Wenn es schon an sich interessant ist, zu wissen, dafs aus den Markscheiden der weifsen Substanz normalerweise mucinartige Stoffe in formlosem, gequollenem Zustande ausgeschwemmt und mit dem Lymphstrom dem Blute zugeführt werden, so ist das Vorkommen dieser Massen auch für die Deutung der roten Körperchen wichtig. Denn im Vergleich mit den wirklich amorphen Massen von sonst gleicher oder ähnlicher Farbenreaktion wird man nicht umhin können, den Körperchen eine natürlich gegebene, wenn auch sehr variable Gestalt zuzuerkennen.

Ehe ich aber der Deutung der mucinösen Gebilde nähertrete, mufs ich noch einen Umstand berühren, welcher für dieselbe von Wichtigkeit ist. Die besten Methoden für die Darstellung der roten Körperchen nämlich zeichnen sich dadurch aus, dafs die Achsencylinder sehr schwach oder gar nicht gefärbt sind. Dieses ist bei den verschiedenen Entfärbungsmitteln für das Methylenrot, welches die Körperchen, und für das Methylenviolett und Methylenblau, welche beiden Farbkomponenten die Nerven färben, verständlich, aber erschwert doch das Studium des Verhältnisses beider Bestandtheile erheblich. Um hierin weiter zu kommen, habe ich viele Entfärbungsmethoden durchprobiert und schliefslich auch mehrere gefunden, welche Nerv und rote Körperchen gleichzeitig darstellen. Eine sehr gute Methode in diesem Sinne ist die Fixierung des polychromen Methylenblaus mit Glycin[1] (dem neuen Entwickler der Photographen)

---

[1] Genauer: Oxyphenylglycin, $C_6H_4 \left\} \begin{array}{l} OH \\ NHCH_2\ COOH. \end{array} \right.$

und nachträgliche Entfärbung mit Anilinöl. Das Ganglien- und Nervennetz des Rückenmarkquerschnittes tritt prachtvoll violett hervor. Die roten Körperchen sind allerdings nicht stark gefärbt, sondern nur hellrosa und nur als homogene Klümpchen vorhanden, aber ihr Lagerungsverhältnis zu den Achsencylindern tritt doch klar hervor. Der Achsencylinder liegt nicht wie bei der einfachen Methylenblaufäbung von Alkoholschnitten anscheinend frei in einem Markkanal, sondern ist umgeben von einer zart gefärbten homogenen oder fein spongiösen, durchscheinenden Substanz, welche am Querschnitt in Gestalt verschiedenfarbiger Sektoren eines Kreises angeordnet ist. Die rote Substanz bildet gewöhnlich nur einen, höchstens zwei Sektoren, die anderen sind statt dessen hellblau gefärbt, d. h. sie zeigen sich auch von einer homogenen Substanz erfüllt, welche die gewöhnliche Farbenreaktion eiweifsartiger Körper annimmt. Der Achsencylinder ist mithin bei dieser Färbung der Länge nach von verschieden konstituierten Massen umgeben, welche am Querschnitt als verschieden gefärbte Sektoren des Markcylinders erscheinen und — was die Hauptsache ist — diesen ganz ausfüllen. In anderen Fällen umgiebt die blaue Substanz den Achsencylinder als ein innerer, allseitig geschlossener Mantel und wird seinerseits wieder ein- oder allseitig von einem roten Mucincylinder umgeben. Diese konzentrische Anordnung würde mit Ranviers konzentrischen Ringen der Marksubstanz harmonieren. Allerdings lassen sich alle diese Bilder nicht vollkommen mit denjenigen der roten Körperchen zur Deckung bringen, welche wir als spezifisch gefärbt für die letzteren bezeichnen müssen, da sie bei dieser Färbung in gröfster Massenhaftigkeit auftreten. Aber wir lernen doch mit Sicherheit aus den Glycin-Anilinbildern erstens, dafs in alkoholgehärtetem Rückenmark der ganze Markkanal noch mit einer glasigen und färbbaren Masse erfüllt ist, auch wo er bei anderen Färbungen leer erscheint, und sodann, dafs ein Teil dieser Massen die spezifisch rote Färbung der mucinartigen Körper annimmt, während ein anderer Teil diese Färbung abweist.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel und ist mir auch von allen Anatomen und Neurologen, welche freundlicherweise meine Präparate besichtigten, als wahrscheinliche Erklärung der neuen Befunde geäufsert worden, dafs die roten Körperchen etwas mit der noch so dunklen Marksubstanz des Zentralnervensystems zu thun haben. Ihre Bedeutung — ganz abgesehen von der richtigen Erklärung — scheint mir nun darin zu liegen, dafs wir mittelst der roten Färbung ihre chemische Natur näher bestimmen können, dafs wir, soweit der Satz durch histologische Befunde überhaupt zu erweisen ist, behaupten können, dafs das Nervenmark, welches die Achsencylinder des Rückenmarkes frei umhüllt, nicht nur, wie man bisher wufste, eine in Osmium schwärzbare und in Alkohol lösliche Fettsubstanz, sondern aufserdem wenigstens noch eine mucinöse Substanz enthält. Heutzutage,

wo für das Gesamtnervensystem die Idee der geschlossenen Nervenleitung zu gunsten der multiplen Induktion in isolierten Leitern aufgegeben ist, hat die Frage nach dem Wesen der Isolierung der Nervenbahnen, d. h. nach dem Wesen der nichtleitenden Zwischensubstanz gewiſs ein erneutes Interesse gewonnen.

Demgegenüber scheint es mir eine Frage von sekundärer, rein anatomischer Bedeutung zu sein, ob diese Körperchen mit irgend einem der bisher bekannten Elemente im Nervenmark des Rückenmarks zusammenfallen, speziell, ob sie mit den cylindrokonischen Segmenten von Schmidt, Golgi und Ranvier identisch sind oder nicht. Sehr verändert können die roten Körperchen dem lebenden Zustande gegenüber nicht sein. Denn da sie mucinartiger Natur sind, dient der erhärtende Alkohol nur dazu, sie zu konservieren, indem er ihnen voraussichtlich Wasser entzieht und sie so etwas zum Schrumpfen bringt. Eine Quellung aber, wie man nach dem rundlichen Aussehen vieler Körperchen annehmen könnte, kann der Alkohol natürlich an ihnen nicht hervorbringen, da sie in ihm nicht löslich sind. Wir wissen ja auch, welchen Einfluſs sonst die Quellung, d. h. die Wasseraufnahme, auf das Nervenmark besitzt. Sie führt zur Bildung der bekannten Myelintropfen, welche von dem eigenartigen Aussehen der roten Körperchen nicht das Geringste an sich haben. Vor allem fehlt den Körperchen der doppelte Kontur und die unregelmäſsige Sprossenform der Myelintropfen. Umgekehrt verstehen wir die Myelintropfen besser, seitdem wir den Mucingehalt des Nervenmarkes kennen, denn die tropfenähnliche Quellung des Mucins bei Wasserzusatz ist ja eine bekannte Eigenschaft desselben. Gequollenes Mucin haben wir nach meiner Anschauung auch hier, aber nur in den besprochenen, amorphen roten Massen vor uns.

Daſs weiter der Alkohol das Nervenmark überhaupt nicht vollständig zerstört, sondern ihm nur das Fett ganz oder teilweise entzieht, ist ja durch die oben angegebene Färbung des ganzen Nervenmarkes an Alkoholschnitten erwiesen, wobei ein Teil der zurückgebliebenen Substanz die Mucinreaktion giebt. Zugleich ergeben dieselben Präparate, daſs auſser Fett und Mucin noch eine dritte, wahrscheinlich eiweiſsartige Substanz im Nervenmark vorhanden ist. Man könnte nun glauben, daſs durch Entziehung der Fettsubstanz das Nervenmark gleichsam den Halt verloren, in unregelmäſsige Teilstücke zerfallen wäre und daſs solche Teilstücke unter anderem die roten Körperchen seien. Aber auch diese Idee scheint mir nicht haltbar, weil es Färbungen giebt, welche an denselben Alkoholpräparaten ein kontinuierliches Nervenmark aufweisen. Die roten Körperchen sind mithin Bruchstücke oder Teile nur im optischen Sinne, nicht in der Bedeutung eines wirklichen Zerfallproduktes. Sie erscheinen nur als Teile, weil das Übrige des Nervenmarkes bei den betreffenden Färbungen

ungefärbt bleibt. Es sind spezifisch gefärbte, mucinartige Abschnitte des Nervenmarkes, und das letztere bedarf, wie diese Erfahrung zeigt, seiner gesamten Struktur nach noch sehr der Erforschung.

Von Interesse wird der Vergleich der mucinösen Körperchen mit den in den peripheren Nerven des Menschen gefundenen Nervenkörperchen von ADAMKIEWICZ sein. Ich bin von Herrn Prof. HOYER und Herrn Dr. EDINGER freundlicherweise auf eine Ähnlichkeit beider Gebilde aufmerksam gemacht worden. Eine genauere Untersuchung in dieser Richtung muſs ich natürlich ADAMKIEWICZ[1] überlassen. Aber ich möchte darauf hinweisen, daſs in der That die rote Substanz sich auch in den vom Rückenmark abgehenden Nervenstämmen findet. Sie liegt hier teils innerhalb, teils auſserhalb der als Nervenmark bezeichneten Scheiden und zwar so eigentümlich gelagert, daſs die betreffende Fundstätte auf die Auffassung ihrer Entwickelung nicht ohne Einfluſs sein wird.

Hier existieren nämlich groſse, dem Nervenbindegewebe angehörige Zellen, welche in ihrem Protoplasma eine Abscheidung von Mucin in ganz ähnlicher Form zeigen, wie es im Rückenmarke vorkommt. Bei schwacher Vergröſserung glaubt man, im Nervenstamme unregelmäſsig verteilte, spindelförmige Mastzellen vor sich zu haben. Stärkere Vergröſserung lehrt aber, daſs die Substanz von der Reaktion der Mastzellenkörnung nicht die ganze Zellensubstanz erfüllt und nicht die Form von Körnern besitzt, sondern gewöhnlich einseitig dem Kerne anliegt und eine zusammenhängende gröbere, in Falten gelegte, homogene Masse darstellt. An anderen Stellen liegen diese Massen extracellulär, aber noch deutlich in naher Beziehung zu den Bindegewebszellen. Diese gehören nun schon, nachdem sie frei geworden, dem Nervenmark an.

Es erscheint mir daher nicht unwahrscheinlich, daſs auch die freien Mucinkörper des Rückenmarkes ursprünglich in Zellen entstanden sind, und zwar in den Bindegewebszellen des Rückenmarkes, und allmählich von hier sich als eine mucinöse Scheide an die Achsencylinder anlegen. Allerdings habe ich an dieser Stelle bisher kein intracelluläres Mucin gefunden, und die Massenhaftigkeit des extracellulären macht auch überhaupt eine Beziehung des letzteren auf die relativ spärlichen Bindegewebszellen des Rückenmarkes zu einer schwierigen Aufgabe. In den Nervenstämmen aber, wo beide Bestandteile in geringer Verbreitung und in genauerem Kontakt miteinander befindlich sind, ist ihre genetische Beziehung leicht ersichtlich und unabweisbar, auch wo nur extracelluläres Mucin vorkommt. Hier versprechen weitere Untersuchungen, besondere entwickelungsgeschichtliche, für das Rückenmark baldige Aufklärung.

---

[1] *Schwalbes Jahresbericht* 1885, pag. 112; 1886, pag. 97; 1888, pag. 132; 1889, pag. 110.

Zum Schlusse dieses auf das Gebiet des Anatomen und Neurologen übergehenden Artikels stelle ich aus praktischen Rücksichten eine Anzahl von Methoden des Mucinnachweises im Rückenmarke zusammen und kann mir nicht versagen, bei dieser Gelegenheit auch auf einige Färbemethoden hinzuweisen, welche durch die Darstellung der übrigen Bestandteile des Rückenmarkes wohl ebenfalls von allgemeinerem Interesse sein dürften. Der Kürze halber greife ich vier Haupttypen des Mucins heraus, um die Methoden übersichtlich einteilen zu können, bemerke aber noch einmal, daſs jede Methode das Mucin in etwas anderer Ausbreitung, Schärfe und Farbentönung wiedergiebt, so daſs jede Einteilung an und für sich etwas künstliches hat. Als ersten Typus betrachte ich die Darstellung mittelst der Glycerinäthermischung; hier kommt die universellste Verbreitung zur Anschauung in anscheinend soliden Klumpen von zum Teil bedeutender Gröſse. Der zweite Typus umfaſst in ebenfalls isolierter Darstellung, hauptsächlich jene schalenförmigen Körper, welche meist entfernt von den Achsencylindern die Nervenkanäle auskleiden. Einen dritten Typus sehe ich dort, wo das Mucin neben den Achsencylindern und der mehr oder weniger vollständig gefärbten blauen Markscheide sichtbar wird und wo man das Verhältnis der verschiedenen Teile am besten studieren kann. Der vierte Typus begreift die Methoden in sich, bei welchen das amorphe Mucin hauptsächlich hervortritt.

Alle Färbungen sind mit der stark methylenrot- und methylenviolett-haltigen, polychromen Methylenblaulösung erhalten worden. Beim Bezuge der letzteren von Herrn Dr. GRÜBLER (Leipzig) ist zu empfehlen, daſs man sich eine konzentrierte Lösung dieses Farbstoffes kommen läſst und diese aus ökonomischen Gründen mit etwas ($^1/_{10}$—$^1/_{20}$ des Volumens) Glycerin versetzt. In dieser etwas abgeschwächten, aber besser ausnutzbaren Mischung färben sich die Präparate gut in einer Stunde, so daſs sie allen Entfärbungsproceduren trotzen. Man kann sie übrigens auch eine ganze Nacht in der Lösung lassen. In der folgenden Übersicht beziehen sich die genannten Entfärbungen stets auf derartig überfärbte, dunkelblaue Schnitte aus in absolutem Alkohol rasch gehärtetem Rückenmark und verlängertem Mark. Man spült dieselben in Wasser etwas ab und bringt sie in die verschiedenen Fixierungs- und Entfärbungsflüssigkeiten, wo die „rote“ Substanz eine vom Violett, Blaurot, Karminrot, Zinnoberrot, Orange, Gelbrot, Braunrot, Mahagonibraun bis Braunviolett nüancierte, metachromatische Färbung je nach der Methode annimmt. Nach der Entfärbung kommen gewöhnlich die Schnitte aus dem Alkohol in Bergamottöl und Balsam.

Typus I.

1. Glycerinäthermischung (von SCHUCHARDT oder GRÜBLER), am besten mit Wasser stark verdünnt; Wasser ziemlich lang; absoluter Alkohol kurz.

2. Essigwasser (3—5 Tropfen Essigsäure auf ein Schälchen Wasser); Wasser; Alkohol.
3. Alaunwasser (eine Messerspitze Alaun auf ein Schälchen Wasser); Wasser; Alkohol.
4. Wäfsrige Tanninlösung (33%); Wasser; Alkohol.
5. Eisenchloridwasser (3—5 Tropfen officinelle Eisenchloridlösung auf ein Schälchen Wasser); Wasser; Alkohol.
6. Salpetersäurewasser (3—5 Tropfen Salpetersäure auf ein Schälchen Wasser); Wasser; Alkohol.
7. Salzsäurewasser, ebenso.
8. Lösung von Kalium bichromicum (10%); Wasser; käufliche Lösung von H_2O_2; Alaunwasser (wie in 3); auf dem Objektträger abtrocknen; Anilinöl; Xylol; Balsam.
9. Lösung von Kalium bichromicum (1%); Wasser; auf dem Objektträger abtrocknen; Anilinöl; Xylol; Balsam.
10. Auf dem Objektträger abtrocknen; filtrierte Mischung von Anilinöl mit überschüssigem Alaun; Xylol; Balsam.
11. Glycinlösung (eine Messerspitze auf ein Schälchen mit Wasser); Wasser; Glycerinäthermischung mit Wasser verdünnt; Wasser; Alkohol.
12. Lösung von Kalium bichromicum (10%); Wasser; Glycerinäthermischung; Wasser; Alkohol.
13. Karbolwasser (1—2%); Wasser; Alkohol.

Typus II.

14. Filtrierte Mischung von absolutem Alkohol mit überschüssigem Zucker; Alkohol.
15. Filtrierte Mischung von absolutem Alkohol mit überschüssigem Schwefelbaryum; Alkohol.
16. Wäfsrige Lösung von Tannin (33 %); Alkohol mit 3—5 Tropfen Essigsäure; Alkohol.
17. Filtrierte Mischung von absolutem Alkohol mit überschüssiger Schwefelleber; Alkohol.

Typus III.

18. Schnitt auf dem Objektträger abtrocknen; filtrierte Lösung von überschüssigem Glycin in Anilinöl; Xylol; Balsam.
19. Lösung von Glycin (eine Messerspitze auf ein Schälchen Wasser); Schnitt auf dem Objektträger abtrocknen; Anilinöl; Xylol; Balsam.
20. Wäfsrige Lösung von Tannin (33 %); Wasser; Schnitt auf dem Objektträger abtrocknen; Mischung von 2 Tropfen Salpetersäure auf ein Schälchen Anilinöl; Anilinöl; Xylol; Balsam.
21. Lösung von Kalium bichromicum (10 %); Wasser; Schnitt auf dem Objektträger abtrocknen; Anilinöl; Xylol; Balsam.

Typus IV. (Amorphe, mucinartige Substanz.)

Besonders gut bei den Methoden 2 und 8; sodann auch bei den Methoden 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 18.

Achsencylinder

zeigen sich gefärbt bei den Methoden 18 bis 21 und 4, 10, 16.

Ganglien

finden sich besonders gut gefärbt bei den Methoden 8, 9, 14, 15, 18, 19; gut bei den Methoden 2, 5, 10, 11, 20, 21.

Über die Verwendbarkeit des Europhens.

Von

Dr. O. ROSENTHAL-Berlin.

In dieser Zeitschrift erschien in No. 11 des vorigen Bandes unter obigem Titel eine Arbeit der Herren OEFELEIN und NEUBERGER, in welcher sie die an über 200 Fällen mit diesem Mittel gewonnenen Resultate mitteilten. Da meine erweiterten Erfahrungen — ich habe über das Europhen vor den Herren OEFELEIN und NEUBERGER bereits gearbeitet,[1] was aus ihrer Veröffentlichung nicht hervorgeht — nicht ganz mit denen der eben genannten Autoren übereinstimmen, so gestatte ich mir, dieselben in kurzen Worten hier zusammenzustellen.

Zuvörderst hat sich mir bis heute die günstige Wirkung des Europhens bei Ulcus molle in zahlreichen Fällen ganz und voll bestätigt, so daſs ich nur die Worte aus meiner eben angeführten Arbeit zu wiederholen brauche: „daſs das Europhen nächst dem Jodoform das verwendbarste“ — und ich möchte hinzufügen, „das sicherste — Mittel bei dieser Affektion ist, und daſs seine Geruchlosigkeit nicht zu unterschätzen ist“. Darin stimmen also die Herren OEFELEIN und NEUBERGER mit mir überein. Dagegen habe ich, um das Festhalten des Präparates und eine dadurch bedingte Krustenbildung, die bei der Entfernung zu Blutungen Veranlassung giebt, zu verhüten, nur 1—2 Tropfen Olivenöl auf das Pulver aufträufeln lassen und von der Anwendung einer Europhensalbe Abstand genommen, da das Mittel nicht, wie die Herren OEFELEIN und NEUBERGER

[1] *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 11. Es ist unerfindlich, nach welchem Grundsatz die Herren OEFELEIN und NEUBERGER in ihrer Arbeit Autoren citieren. Entweder — und das müſste im Interesse einer exakten Wissenschaft das allein zu befolgende Prinzip sein — man führt alle Autoren an, die vorher über denselben Gegenstand gearbeitet haben, oder man setzt hinter den erwähnten Namen ein „etc.“ oder „u. a.“ hinzu, um anzudeuten, daſs es bei der Fülle der Autoren unmöglich ist, alle einschlägigen Arbeiten zu erwähnen, — was aber im gegebenen Falle nicht zutrifft, da über die günstige Wirkung des Europhen bei Ulcus molle nur wenige Namen beizubringen waren.

Ferner citieren auf pag. 555 die Herren OEFELEIN und NEUBERGER bei Gelegenheit der Besprechung der Wirksamkeit des Dermatols, daſs „z. B. WERTHER dieselbe von der dicken Bestreuung der Wunden mit diesem Mittel abhängig macht“. Es ist nach meiner Ansicht nicht gerechtfertigt, irgend einen Autor — die Arbeit von WERTHER ist übrigens nicht in No. 15, sondern in No. 25 der *Deutsch. med. Wochenschr.* 1892 erschienen — herauszugreifen, um ein Faktum zu bekräftigen, das von keinem früheren, noch späteren Autor bestritten ist, da sonst die Meinung hervorgerufen wird, als ob andere Autoren zu anderen Resultaten gekommen sind. Wenn man aber ein Faktum durch eine Litteraturangabe stützen will, so liegt doch die Verpflichtung vor, den ersten Autor anzuführen, der die zu belegende Thatsache

behaupten, von jeder ekzematösen Reizung frei ist. Ich habe z. B. mehrfach — auch ohne nebenbei Sublimat (EICHHOFF) zu verwenden — eine Entzündung der Umgebung der Ulcera und eine schnelle Ausbreitung nässender Papeln durch ekzematöse Reizung der Nachbarschaft gesehen. Deshalb kann ich auch den Herren OEFELEIN und NEUBERGER nicht beistimmen, welche bei Balanitis und Erosionen diesem Mittel den Vorzug vor dem Dermatol geben. Welche Indikationen dem Europhen bei Cirkumcisionen zukommen, möchte ich, um nicht schon Gesagtes zu wiederholen, nicht nochmals anführen, sondern auf den betreffenden Passus meiner Arbeit verweisen. — Nebenbei will ich, weil es, wie ich glaube, bisher nicht die gebührende Achtung fand, bei dieser Gelegenheit nochmals auf die aufserordentlich günstige Wirkung des Dermatols bei exulcerierten Sklerosen aufmerksam machen.

Über eine noch nicht beschriebene Hyperkeratose.

Von

Dr. EMIL RESPIGHI,

Unterarzt an der dermosyphilopathischen Klinik der königl. Universität zu Pisa.

(Mit 6 Figuren im Text.)

Soweit mir bekannt, existiert in der Litteratur keine Beschreibung von der Hautaffektion, von der ich hier einen kurzen klinischen und pathologisch-anatomischen Bericht geben will.

Bereits vor einem Jahre hätte ich diese Arbeit dem Drucke über-

wissenschaftlich nachgewiesen hat (vide O. ROSENTHAL: Über das Dermatol. *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 29).

Auch mit den Zeitangaben sind die Herren OEFELEIN und NEUBERGER nicht ganz zuverlässig. Ihre Arbeit beginnt mit den Worten: „Den in den letzten Jahren als Ersatz für das Jodoform vielfach erprobten und empfohlenen Heilmitteln, dem Dermatol und dem Aristol, hat sich in jüngster Zeit ein drittes, das Europhen, hinzugesellt“. Das älteste dieser Mittel ist das Aristol — die erste Arbeit über dasselbe von EICHHOFF erschien 1890 in No. 2 dieser Zeitschrift —, mithin war es an erste Stelle zu setzen. Die ersten Mitteilungen über das Dermatol und das Europhen stammen aus dem Jahre 1891, und zwar ist die erste Veröffentlichung über das Dermatol von HEINZ und LIEBRECHT in No. 24 der *Berl. klin. Wochenschr.* am 15. Juni des betreffenden Jahres, die ersten Arbeiten über das Europhen von SIEBEL und von EICHHOFF in der Julinummer der *Therap. Monatsh.* desselben Jahres — d. h. also ungefähr 14 Tage bis 4 Wochen später — erschienen. Es erweckt daher bei denjenigen, die mit der Litteratur des betreffenden Gegenstandes nicht vertraut sind, eine falsche Vorstellung, wenn von zwei Mitteln, die zwei Jahre und fünf, resp. zwei Jahre und sechs Monate bekannt sind, das eine, welches also höchstens vier Wochen später in der Litteratur erwähnt ist, hingestellt wird, als ob es erst in jüngster Zeit erschienen wäre.

geben sollen, als einer von den sieben an dieser Affektion leidenden Patienten starb, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte.

Fünf derselben sah ich während meiner Assistentenzeit an der dermosyphilopathischen Klinik von Parma, den sechsten in der dermosyphilopathischen Klinik zu Pisa am Anfang des laufenden Schuljahres, den siebenten letzthin in den Bädern von Tabiano und hoffe ich, nächstens einen achten besuchen zu können in der Person eines Bauern aus der Gegend von Lucca, den ein tüchtiger Kollege früher gesehen hat und den er jetzt wohl als mit der in Frage stehenden Affektion behaftet erklären würde nach Einsichtnahme der Präparate von Hautstücken des Patienten, welcher vergangenes Jahr gestorben ist.

Lassen wir vorläufig diesen achten Fall unberücksichtigt, so bleiben uns noch sieben übrig, die im Verlaufe von acht Jahren zur Beobachtung kamen. Ich habe sie alle mehrere Male gesehen, sei es nun in der Poliklinik oder in der Klinik, wo sie sich wegen dieser oder anderer Krankheiten stellten.

Bei dieser merkwürdigen Eruption bemerkt man als allgemeines und typisches Charakteristicum das Vorhandensein von hornigen Erhabenheiten, von denen sich nach meiner Ansicht fünf distinkte Formen unterscheiden lassen:

1. Papulöse, submiliare und miliare. Diese fanden sich in meinen Fällen am wenigsten zahlreich vertreten und wurden besonders beobachtet an den Vorderarmen, den Händen und Beinen, gewöhnlich isoliert, und zwar entweder auf gesunder Haut oder im Innern von runden oder polycyklischen Scheiben.

2. Hanfkorn- bis linsengroſse. Sind etwas häufiger, als die vorhergehenden, und kommen an denselben Stellen vor.

3. Tropf- und münzenförmige. Diese kamen fast ausschlieſslich an den Füſsen und dem unteren Viertel der Beine vor.

4. Ringförmige und circinierte Scheiben, an denen eine zentrale Area und ein erhabener Rand zu unterscheiden ist. Sie sind weitaus am zahlreichsten, und bei einigen Patienten kommt ausschlieſslich diese Form vor. Ihr Rand ist regelmäſsig, gesägt oder zickzackförmig, ihre Form rundlich, oval, elliptisch und mehr oder weniger länglich; oder aber der Rand ist aus papelähnlichen, submiliaren, in Ketten aneinandergereihten Höckerchen zusammengesetzt. Erstere Bildungen trifft man besonders an den Gliedern, letztere mehr im Gesichte. Die breiten ringförmigen Plaques mit polycyklischen Rändern sind nicht häufig und kommen fast ausschlieſslich auf Vorderarmen und Beinen vor.

5. Kegelförmige, muschelförmige, von 3—4 mm Höhe. Sie sind selten, fehlen bei einigen Patienten vollständig und kommen ausschlieſslich an den Zehenspitzen vor.

Alle diese verschiedenen Formationen zeigen keinen hyperämischen Hof. Ihr Rand grenzt unmittelbar an die gesunde Haut mit Ausnahme natürlich derjenigen Exkrescenzen, die sich im Innern von Plaques befinden.

Das Aussehen und die Konsistenz aller kommt derjenigen kompakter Hornsubstanz gleich; ihre Färbung ändert sich unter dem Fingerdrucke nicht. Das Tastgefühl auf ihnen ist vermindert. Weder spontan noch bei Druck entsteht Schmerzhaftigkeit, mit Ausnahme einiger Stellen an den Füſsen, welche stärkerem Drucke ausgesetzt sind; diese Bildungen müssen aber genau unterschieden werden von den Schwielen, mit denen sie sich bei denjenigen unserer Patienten, welche mit solchen behaftet sind, vermengen; hier hat das Mikroskop zu entscheiden.

Die zentrale Area bei einigen ringförmigen Scheiben ist rot oder rosarot, und diese Färbung verschwindet bei Fingerdruck.

Aus der objektiven Untersuchung, der Anamnese und dem Verlaufe läſst sich die Entwickelung der Dermatose in folgender Weise beschreiben:

Sie beginnt stets mit papulösen Exkrescenzen, welche zunächst nur punktförmig und submiliar sind, um dann langsam gröſsere Dimensionen anzunehmen (miliar, linsengroſs bis münzenförmig). Diese verbreitern sich und werden entweder in der zentralen, zuerst ergriffenen Partie höher, indem sie die Form von Hörnern, Sporen annehmen; oder sie behalten ihre ursprüngliche Höhe bei, oder erheben sich in ihrer geringen Ausdehnung und sinken erst später im Zentrum ein, wobei es zu scheiben- und münzenförmigen Bildungen kommt; oder aber eine allmähliche zentrale Depression hält gleichen Schritt mit der Flächenausdehnung (wahrscheinlich infolge von Exfoliation der Hornmassen, so daſs stellenweise die zentrale Fläche der Efflorescenzen in gleicher Höhe zu liegen kommt, wie die umgebende gesunde Haut auſserhalb des Randes der Plaques, oder noch tiefer als dieselbe); auf diese Weise entstehen die ringförmigen Efflorescenzen.

Es kann auch vorkommen, daſs, bevor sich die Hornmassen im Zentrum exfoliieren, die Plaques an Ausdehnung zunehmen und dabei ihre Scheibenform, sowie allenthalben ihre Höhe beibehalten, und daſs dann eines Tages die genannten Hornmassen in toto abfallen, sei es unter dem Einfluſs äuſserer Einwirkungen, sei es, weil sie die Patienten mit ihren Nägeln abkratzen; sie bilden sich dann gewöhnlich nur am Rande wieder, nicht aber im Zentrum der Plaques, welches ein normales oder ein atrophisches, narbiges Aussehen erhält.

Bereits die tropfartigen und noch kleineren Exkrescenzen zeigen zuweilen einen zickzackförmigen Umkreis, der noch ausgesprochener wird beim Wachsen der Plaques in exzentrischer Richtung, so daſs verschiedenartig geformte Scheiben entstehen mit unregelmäſsigen Ein- und Aus-

buchtungen. Indem sich ferner der randständige Ring an einer Stelle oder an zwei entgegengesetzten Punkten weiter ausdehnt, entstehen mehr oder weniger verlängerte ovale und ellipsoide Figuren. Fließen einige von diesen zusammen, so bilden sich polycyklische Zeichnungen. (S. Figg. 1 u. 2.)

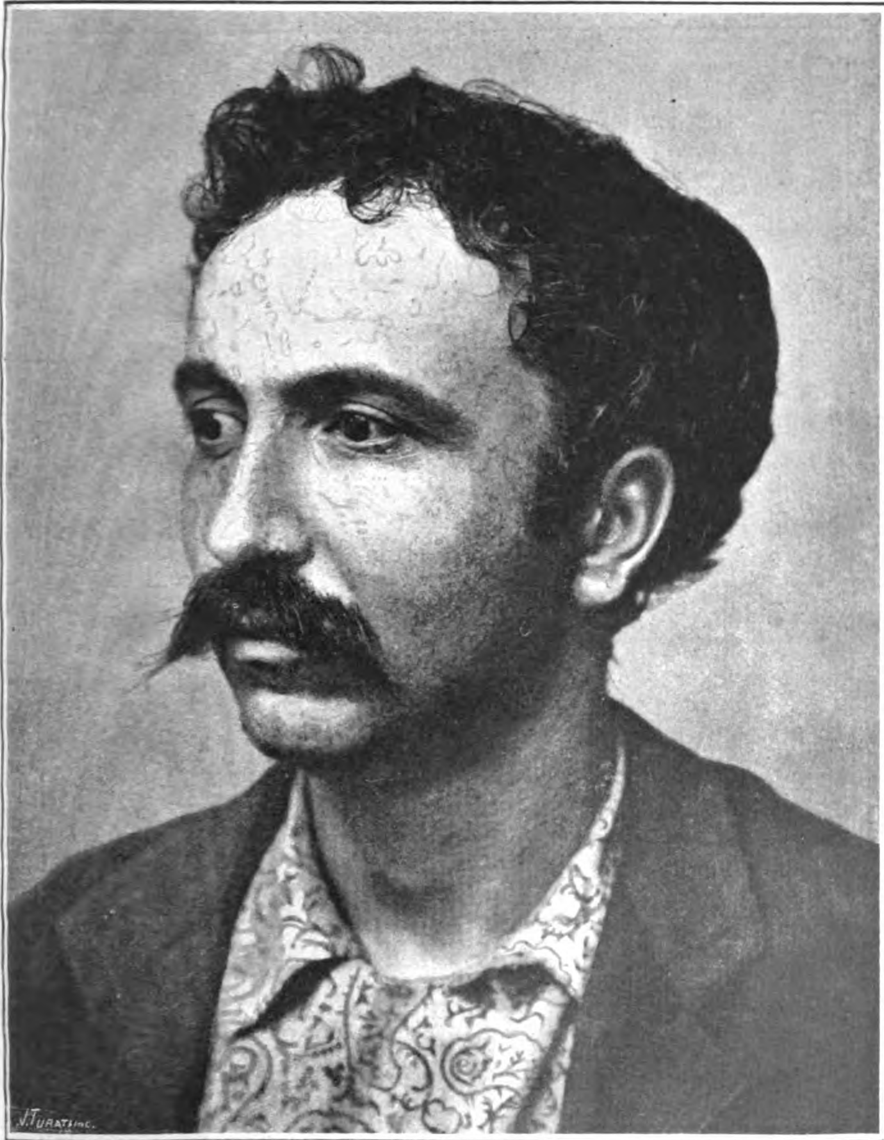


Fig. 1.

Die Affektion ist bilateral mit einiger Tendenz zur Symmetrie und scheint hie und da dem Ausbreitungsbezirke eines Hautnerven zu entsprechen. Besonders von ihr befallen sind die Extremitäten und der Kopf,

von dem sie auszugehen pflegt. An den Gliedern ist speziell die Streckseite interessiert, besonders an Vorderarmen, Beinen, Fuſs-, Hand-, Finger- und Zehenrücken, doch sieht man an den Beinen oft auch die lateralen und hinteren Partien betroffen. Eine besondere Vorliebe zeigt die Affektion

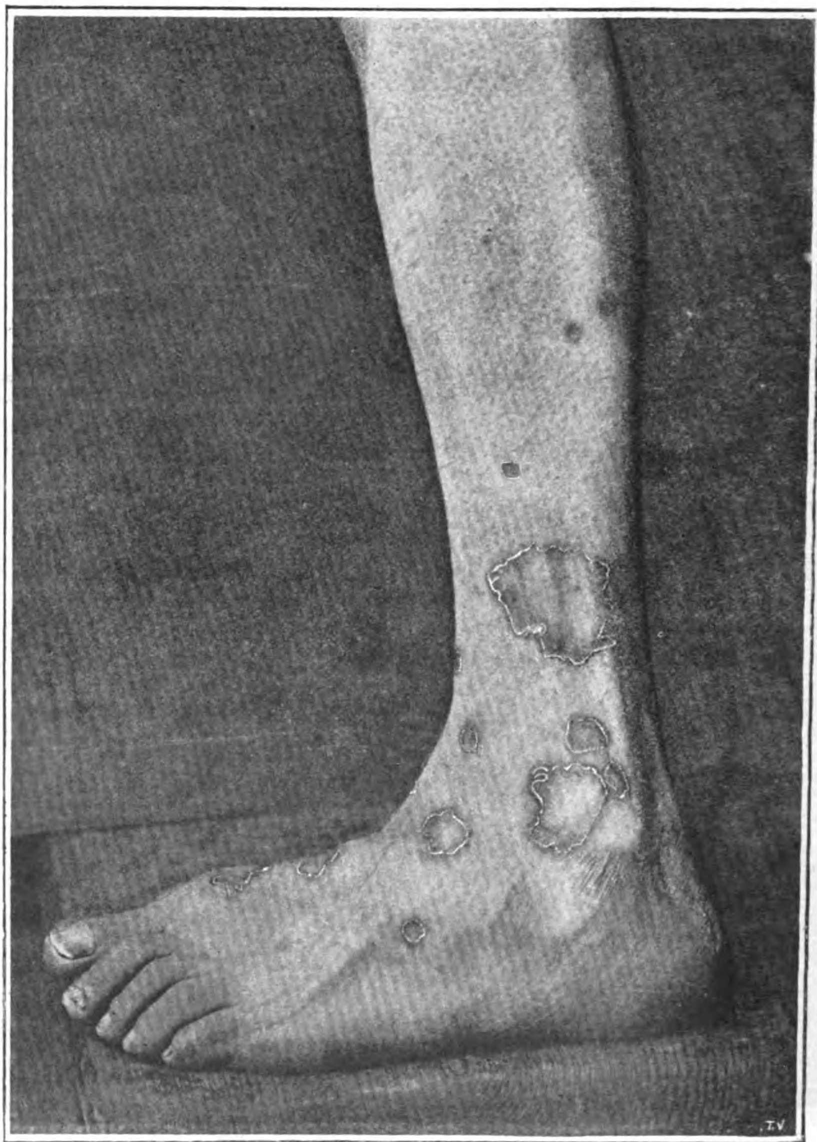


Fig. 2.

für die Gelenkgegenden (Knie, Ellenbogen, Hand- und Fuſsgelenke und ganz besonders der Finger und Zehen), und zwar sowohl an deren Beuge-, wie an deren Streckseiten (Achselhöhlen, Inguinalgegend etc.). Auch die

Nagelpartien können in Mitleidenschaft gezogen werden, doch erst sekundär, indem benachbarte Efflorescenzen auf Nagelbett und Matrix übergreifen. Die Nagelsubstanz wird dadurch trübe, in longitudinaler Richtung gestreift, rauh, verdickt, von der Grundlage abgehoben, brüchig und kann auch ganz abfallen, das Nagelbett freilegend.

Am Kopfe ist besonders das Gesicht befallen, und zwar in allen Teilen.

Am Halse sind wenige Plaques zu sehen, öfters auch gar keine und meist nur im oberen behaarten Teile.

Der Rumpf ist ebenfalls meist frei oder nur an der Streckseite befallen.

Die Haut der Genitalien kann auch einige Efflorescenzen tragen, die aber nicht auf Glans und inneres Präputialblatt übergreifen.

Über die weiblichen Genitalien habe ich hierin keine Erfahrungen, da alle meine Patienten männlichen Geschlechts waren.

Die Ausdehnung der Plaques steht nicht immer im Verhältnis zu ihrem Alter, indem einige Efflorescenzen nicht über hirsekorngrofs werden, andere relativ rasch wachsen.

Die Affektion hat einen trockenen Charakter und reagiert nicht leicht auf Reize; Applikationen von starken Salicylsäuresalben hatten keine entzündlichen Erscheinungen zur Folge, sondern blofs oberflächliche Exsudation, die gleich nach Aussetzen der Salbe aufhörte; einen therapeutischen Effekt hatten sie auch nicht, indem sich die Hornmassen, trotzdem sie vollständig durch Maceration verschwunden waren, rasch wieder bildeten, an den scheibenförmigen Plaques jedoch meist blofs am Rande.

Auf den Schleimhäuten war niemals etwas von ähnlichen Bildungen zu sehen.

Alle sieben Patienten sind von kräftiger Konstitution. Bei dreien von ihnen kam die Affektion noch bei anderen Familienmitgliedern vor (Eltern oder Geschwister).

Keine Altersstufe wird bevorzugt oder verschont. Von den sieben Patienten war einer 7, ein anderer 65 Jahre alt.

Mikroskopische Untersuchung. Die Hautstücke rühren von zwei Patienten her und wurden zum Teil e vivo, zum Teil vom Kadaver (einer der Patienten starb an Bronchopneumonie) exstirpiert. Fixation in Alkohol, Färbung mit Alaunkarmin, Borax-Karmin- und Hämatoxylinlösung (Delafield); Fixation in Flemmingscher Chrom-Osmium-Essigsäurelösung und Färbung mit Borax-Karmin. Beide Serien wurden in Paraffin gehärtet.

Indem ich auf Grund langer Beobachtung geneigt bin, anzunehmen, dafs die Affektion mit den kleinen Efflorescenzen beginnt, ging ich bei der mikroskopischen Untersuchung ebenfalls von diesen aus, um dann nacheinander zu den gröfseren überzugehen.

1. Vor allem fällt auf eine bedeutende Verdickung des Stratum corneum und dessen Vorhandensein im Innern von breiten interpapillären Zapfen (besonders derjenigen, welche dem Ausführungsgange freier tubulöser und acinöser Drüsen entsprechen) oder im Innern des Körpers dieser letzteren bis nahe an die Acini und bisweilen auch noch innerhalb des ersten intradermalen Abschnittes des Knäueldrüsen-Ausführungsganges. Diese Hornmasse erhebt sich senkrecht oder ist leicht gegen die Cutis hin geneigt, oder sie bildet auch mit dieser, indem sie sich auf sich selbst krümmt, eine mehr oder weniger tiefe Einsenkung. (Fig. 3.)

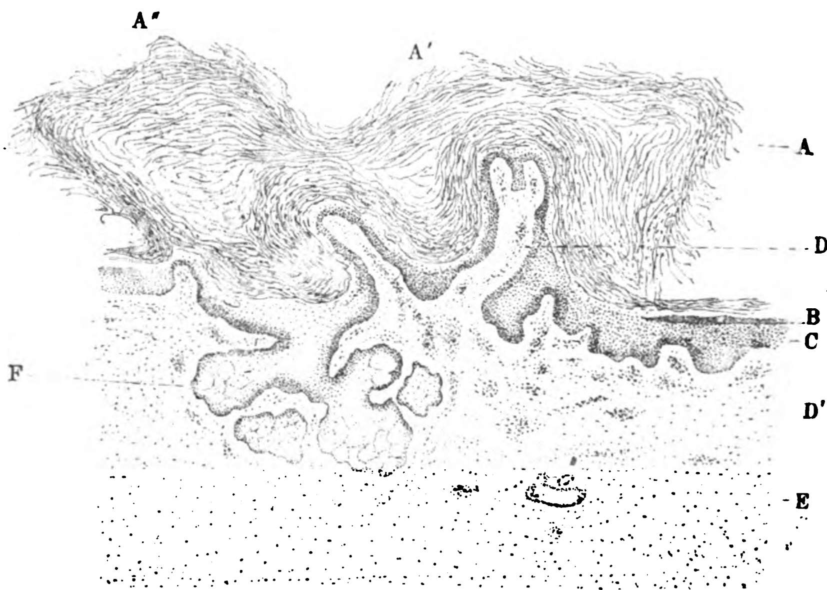


Fig. 3.

Öfters trägt die Efflorescenz im Zentrum eine Vertiefung, welche der nabelförmigen Einsenkung derselben entspricht. Dieselbe liegt über einem breiten Zapfen an der Ausmündung einer Drüse, noch öfters aber über einer Papille, welche zwei breite Zapfen trennt, die die Ausführungsgänge zweier Drüsen tragen.

Im übrigen steht die Disposition seiner Elemente (des Stratum corneum) im Verhältnis zu der gering ausgesprochenen wellenförmigen Beschaffenheit der freien Oberfläche; in der Tiefe aber ist diese schärfer markiert, indem sie dichte Kurven bildet, welche besonders auf und innerhalb der obengenannten Zapfen verlaufen, und im Innern der Mündungen der acinösen Drüsen, sowie im oberen intradermalen Verlaufe der Knäueldrüsengänge. Im Innern solcher Zapfen setzen sich die Hornzellenfibrillen nach links und rechts ohne Unterbrechung fort und verschliefsen den Ausführungsgang vollständig, indem sie dessen Verlauf einzig noch

durch besondere Kurven andeuten; oder aber sie sind unterbrochen und lassen das Lumen des Ausführungsganges unberührt.

Die genannten Hornmassen lassen sich mit den gewöhnlichen Reagentien, deren ich mich bediente nicht leicht in ihre vier Unterabteilungen trennen. Die lamellöse Zellschicht, deren Elemente keine oder nur Spuren von Kernen enthalten, reduciert sich auf wenige oberflächliche Strata. In geringer Tiefe unter derselben trifft man schon solche mit Kern; wenigstens mufs ich, solange kein gegenteiliger Beweis vorliegt, jene kleinen ovalen, dicken, gut färbbaren Körperchen als wirkliche Zellkerne auffassen. Weiter unten folgt eine dicke Schicht spindelförmiger Zellen, ohne sichtbaren Kern und besetzt mit kleinsten, aber ziemlich distinkten mit keinem Stoffe färbbaren Körnchen; solche findet man besonders in den obengenannten mächtigen Zapfen. In diesen, sowie zum Teil in den angrenzenden Zapfen treten wieder in der Tiefe zahlreiche Zellen auf mit distinktem, spindelförmigem, gut färbbarem, voluminösem Kern, der so grofs oder noch gröfser, als die Zellkerne des Stratum spinosum, und von zahlreichen kleinsten Körnchen umgeben ist. Solche Zellen findet man entweder in der ganzen Dicke des Zapfens, besonders wo dieser zu einer acinösen Drüse führt, oder sie bleiben auf die zentrale Partie beschränkt, zumal in den Zapfen, welche einer tubulösen Drüse entsprechen, nehmen sie korkzieherartige Anordnung an, die dem Drüsengange entspricht, indem sie bis zur freien Oberfläche und darüber hinaus reichen.

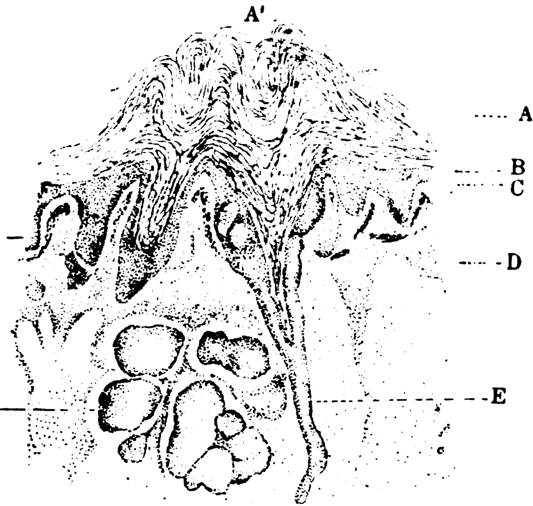


Fig. 4.

Das angrenzende, regelmäfsige, normale Stratum granulosum wird oft an den Stellen, wo sich die Hornmassen erheben, plötzlich unterbrochen; unter ihm erscheinen blofs einige normale, isolierte oder accumulierte Zellen, und zwar sowohl auf der Spitze der Papillen, wie in den oberen Partien der Zapfen. Viele Zellen dieses Stratums führen hingegen nur einige wenige, schlecht färbbare Körnchen.

Die entsprechende Stachelschicht ist auf zwei oder drei Zellenreihen reduciert.

Im übrigen erscheinen diese Zellen normal ohne Andeutung von protoplasmatischer oder Kerndegeneration; selten stöfst man auf Kariokinese. Die Stacheln sind deutlich, und in den Zwischenräumen findet man keine Wanderzellen oder Körper anderer Natur.

Was nun die übrigen Schichten der Epidermis anlangt, so scheint es, als ob die mit deutlichem Kerne und kleinen, wenig oder nicht färbbaren Körnchen versehenen Zellen, die in den dicken Zapfen angehäuft sind, welche Drüsenausführungsgänge enthalten, Körnerzellen wären, die den Übergang zum Stratum lucidum bilden. Das dicke obere Stratum kernloser Zellen mit kleinsten Körnchen scheint dem Stratum lucidum zu entsprechen, in dem die Keratohyalinkörnchen sich im Protoplasma noch nicht vollständig aufgelöst haben. Doch bedarf diese Auffassung noch weiterer Bestätigung.

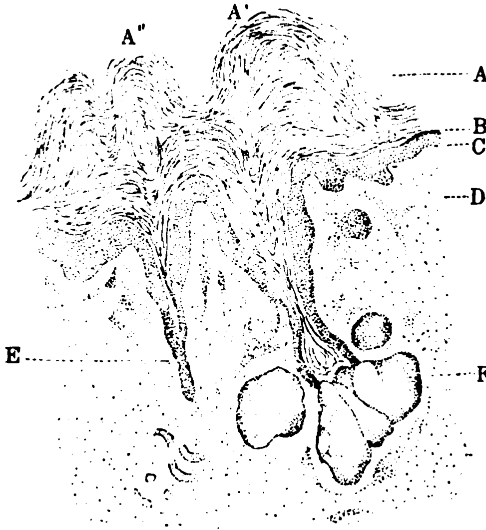


Fig. 5.

Der Papillarkörper ist mehr oder weniger deformiert. Die Papillen erheben sich entweder in mächtigen, konischen oder cylindrischen Formen und sind zuweilen an der Spitze gabelig geteilt, oder aber sie biegen auf einer Seite um und umfassen eine breite interpapilläre Vertiefung, welche einem Drüsenausführungsgange entspricht, und können auch wohl zwei benachbarte Drüsenzapfen trennen. Die Grenzlinie zwischen Papillarkörper und interpapillären Zapfen ist deshalb unregelmäfsig und erhebt sich nach oben, in der Weise zwar, dafs sie die den Drüsenausführungsgängen (zumal der tubulösen) entsprechenden Zapfen in die Höhe hebt.

Der Körper der (freien) acinösen Drüsen ist dick (Figg. 4 u. 5), doch können wir hieraus keine Schlüsse ziehen, weil es sich eben um freie Drüsen handelt und das Präparat aus einem Hautstück von der Nase eines alten Individuums herrührt. Die Hornzellen rücken bis fast an die Acini heran. Die Sekretionszellen dieser letzteren dringen bis zur Mitte vieler Acini vor, ohne eine fettige Metamorphose einzugehen.

Der Ausführungsgang der tubulösen Drüsen ist oft im ersten intradermalen Abschnitt cylinderförmig, konisch oder ampullenartig dilatiert und nimmt in diesem Falle longitudinal oder zwiebelartig angeordnete Hornlamellen auf; im übrigen vertikalen Verlaufe, sowie im Glomerulus ist er

verengert. Schliefslich bilden sich stellenweise im Glomerulus ampullenartige Ausbuchtungen. In Anbetracht des langen Aufenthaltes in Alkohol und des Mangels einer spezifischen Färbung läfst sich aufser einer leichten peripheren Zelleninfiltration nichts Besonderes erkennen.

Das Bindegewebe der Papillen und des subpapillären Stratums zeigt uns zahlreiche, zum Teil spindelförmige, zum Teil rundliche, Zellen in der Umgebung der Blutkapillaren, von denen einige ein ziemlich gröfseres Kaliber haben; oft erkennt man das Endothel.

2. Wir gehen über zur Untersuchung des Ringes bei der annelierten Form. Seine zentrale Partie wird gebildet durch einen oder zwei Ausführungsgänge von Drüsen, und zwar entweder zweier Talg- oder Knäueldrüsen oder einer Talg- und einer Knäueldrüse. Das Stratum corneum ist ziemlich verdickt mit leichter zentraler Depression und mit scharf- oder auch allmählich abfallendem Rande. Es senkt sich in die Zapfen ein, nähert sich sogar den Acini einiger Talgdrüsen und dringt hie und da in die obere Partie des intradermalen Abschnittes der Knäueldrüsen. Die Struktur ist dieselbe, wie bei den kleinen, miliaren Formen.

Das Stratum granulosum zeigt Kontinuitätstrennungen, ist



Fig. 6.

meist ziemlich mangelhaft entwickelt und bildet einen Gegensatz zu dem mächtigen Stratum corneum. Stellenweise sieht man es in den dicken, weiter oben angegebenen Zapfen eingeschlossen.

Auch die Stachelzellenschicht ist reduciert, zumal in den genannten Zapfen, und führt nur wenige Zellreihen.

Die Papillen, welche die breiten, Drüsenmündungen führenden Zapfen begrenzen und unter sich trennen, sind mehr oder weniger stark entwickelt, konisch, mit mehr oder weniger breiter Basis, gewöhnlich nicht gegabelt; ihre Spitze reicht nicht viel höher, als die der umgebenden Papillen, wohl aber ist ihre Basis ziemlich schmäler, als die dieser letzteren.

Das Bindegewebe der Papillen und der Cutis subpapillaris führt stellenweise etwas erweiterte Kapillaren mit wenigen fixen Zellen in ihrer Umgebung, sowie Rundzellenagglomerate.

Der Körper der acinösen Drüsen ist ziemlich breit.

Die Glomeruli der Knäueldrüsen sind meist reduciert; ob auch Zelldegenerationen darin vorkommen, kann ich nicht mit Bestimmtheit angeben.

Stellenweise, jedoch nirgends bis zum Glomerulus heranreichend, ist die Umgebung der längs dem Drüsenausführungsgange verlaufenden Gefäſse infiltriert.

3. Ähnliche Bilder geben Präparate von anderen Körperstellen (Achselhöhle, Hand, Fuſs). [Fig. 6.]

In der zentralen Area, welche bald mehr, bald weniger vertieft, ist das Stratum granulosum, das Stratum corneum nur wenig verdickt.

Das Stratum spinosum schwach entwickelt. Die Papillen wenig vergröſsert, meist konisch; das Bindegewebe der zentralen und randständigen Papillen, sowie der subpapillaren Schicht führt etwas erweiterte Gefäſse, die stellenweise ziemlich stark entwickelt sind. Fixe und Rundzellen sind besonders zahlreich am peripheren Walle.

Ausführungsgänge und Glomeruli der Knäueldrüsen sind normal oder etwas verengert, die Körper der seltenen acinösen Drüsen nicht kräftiger entwickelt.

In allen Präparaten lassen sich konstant zwei Thatsachen konstatieren:

1. Die kleinen miliaren Erhabenheiten zeigen eine nabelförmige Einziehung. Die äuſsere Grenze der scheibenförmigen Efflorescenzen und der Ring der annelierten Plaques zeigen fast immer eine ununterbrochene, mehr oder weniger tiefe Furche.

Die Umbilikation entspricht entweder dem Zapfen, der in die Drüse hineinragt, oder dem Zwischenraume der zwei Hornmassen, die sich aus den Mündungen zweier acinösen oder tubulösen Drüsen erheben. (Figg. 3 und 4.)

2. Die Pigmentation in den Basalzellen des Stratum spinosum ist normal oder wenig vermehrt. Ausnahmsweise kann sie stärker entwickelt sein, und zwar im Zentrum von atrophischen Plaques, besonders gegen den randständigen Wall hin. Im darunterliegenden Bindegewebe sind chromatophore Zellen selten und entsprechen dann dem atrophischen Zentrum annelierter Efflorescenzen.

Faſst man nun die in histologischer Hinsicht charakteristischen Punkte der Affektion zusammen, so ergiebt sich:

1. Starke Verdickung des Stratum corneum, und zwar in allen Schichten, besonders aber in dessen mittleren.

2. Starke Verbreiterung der Zapfen, welche (in den Präparaten vom Vorderarme, Handrücken und Beine ausschlieſslich tubulöse) Drüsen enthalten, und in denen man Hornschicht nachweisen kann, bis in die Nähe des intradermalen Abschnittes der Ausführungsgänge oder gar in dieselben hinein (untere Osmiumschicht).

3. Das Vorhandensein einer Art Federbusches mit kernhaltigen Hornzellen, welcher, ausgehend vom Grunde der Zapfen, durch die Hornschicht zieht und bis an die freie Oberfläche oder über dieselbe hinausreicht. Mittelst Osmiumsäure läſst sich derselbe in die vier untergeordneten Schichten trennen.

Aus dem Vorangehenden lassen sich folgende pathologisch-anatomische Merkmale aufstellen:

1. Die Affektion nimmt unzweifelhaft ihren Ausgangspunkt in den Ausführungsgängen der freien tubulösen und acinösen Drüsen, und zwar, wie mir scheint, geschieht dies bei beiden Drüsenarten ohne Unterschied in gleicher Weise.

2. Der sich bildende Wall besteht entweder bloſs aus Hornschicht, oder es beteiligt sich an dessen Anbau in mehr oder weniger ausgesprochener Weise auch der darunterliegende Papillarkörper. Die Papillen sind zwar auch im ersteren Falle stärker entwickelt, in der Weise jedoch, daſs ihre Basis tiefer tritt.

3. Die anomale Beschaffenheit des verdickten Stratum corneum erhellt auch aus dessen Gehalt an Zellen, welche kleinste, nicht färbbare Körnchen enthalten, sowie an solchen, welche einen voluminösen Kern bergen. Das Stratum granulosum ist nicht kontinuierlich; seine Zellen sind isoliert oder gruppiert, normal oder kleingekörnt und wenig färbbar. Im Bindegewebe finden sich dilatierte Gefäſse, Infiltrate mit Zellvermehrung und Neigung zur Sklerose. Auch das Stratum spinosum ist reduciert.

Die Glomeruli der tubulösen Drüsen sind verringert und zeigen andererseits stellenweise cystische Erweiterungen. Die acinösen Drüsen können hypertrophieren, die Haarfollikel und zugehörigen Acini bleiben unverändert oder atrophieren.

4. Das Wachstum der einzelnen Bildungen ist ein langsames, bald regelmäſsig und bald unregelmäſsig, indem sie sich an dem einen oder anderen Punkte des Umfanges weiter ausdehnen, und Perioden rascheren und langsameren Wachstums abwechseln.

5. Indem der Prozeſs weiterschreitet, kann er an seinen Ausgangspunkten still stehen, resp. zurückgehen, so daſs diese normal, resp. atrophisch aussehen; so nimmt die frühere Weite des Drüsenausführungsganges ab, und die zentrale Hornmasse geht verloren; auch der umgebende Papillarkörper wird atrophischer. Das Stratum granulosum bildet sich wieder aus, das Bindegewebe des anliegenden Papillarkörpers wird dichter, die Gefäſse gehen an Zahl und Umfang zurück; fixe Zellen und perivasale Infiltration verschwinden; hierbei werden die Haarfollikel mit in die Atrophie hineingezogen. Da und dort können sich pigmentierte Bindegewebszellen bilden (wahrscheinlich infolge der Gefäſsveränderungen) und die Pigmentkörnchen der Stachelzellen vermehren. Während sich einerseits die Affektion spontan zurückbilden kann, trotzt sie andererseits allen therapeutischen Eingriffen.

6. Der Prozeſs kann sich im Innern der zentralen Area wiederholen, aber auch hier nimmt er seinen Ausgang in den epidermo-papillären Partien der Drüsen.

In welchem Gewebsteile beginnt nun der Prozeſs? In der Epidermis? Oder im Papillarkörper?

Die Epidermis zeigt ein mehr oder weniger verdünntes Stratum spinosum, ein modificiertes, spärliches Stratum granulosum (welches auch gänzlich fehlen kann), ein verdicktes Stratum corneum, welches sich in die interpapillaren Zapfen einsenkt, und zwar besonders in diejenigen, welche Drüsenmündungen entsprechen. Andererseits zeigt das Bindegewebe verdickte und verlängerte Papillen mit geringfügigen Gefäſsveränderungen.

Es scheint also, daſs sich das Bindegewebe den Veränderungen in der Epidermis angepaſst hat, welche auf ersteres einen Druck ausübt, während sie ihrerseits selbst wieder durch diesen Druck in ihren Stammelementen reduciert wird.

Natürlich kann das Bindegewebe nicht unbeeinfluſst bleiben. Daher die beschriebenen Veränderungen, welche zu denen führen, die im Zentrum der Plaques angetroffen werden und auf eine langsame und kontinuierliche Druckwirkung der hornigen Epidermis zurückgeführt werden muſs, welche schlieſslich zur Atrophie des oberen papillären Bindegewebes und der Cutis führen muſs. Gleichzeitig sehen wir aber in diesen Areae eine Volumszunahme des Stratum spinosum, ein Wiedererscheinen des normalen Stratum granulosum, eine Verdünnung des Stratum corneum bis zur vollständigen Korneifikation. Alle diese Thatsachen lassen sich nicht in Be-

ziehung bringen zu einer Modifikation des Bindegewebes im beschriebenen Sinne, sondern viel eher mit der Wirkung einer störenden Ursache, die in der Epidermis gesucht werden mufs, sei nun dieselbe trophoneurotischer oder, was wahrscheinlicher, parasitärer Natur (worüber mir meine Untersuchungen keine sicheren Anhaltspunkte gegeben haben). Die Art des Verlaufes der Affektion mit langsam sich vermehrenden Exkrescenzen, zumal an den Extremitäten, ihre zentrifugale Ausbreitungsweise, ihr mutmafslicher Ausgangspunkt von der Epidermis lassen jedenfalls einen parasitären Ursprung als wahrscheinlicher erscheinen.

Haben wir es mit einer besonderen Art von Ichthyosis zu thun?

Mit der Ichthyosis vulgaris hat die Affektion nichts gemein, und zwar weder in klinischer Beziehung, da wir von ersterer wissen, dafs sie diffus und nicht figuriert ist, dafs sie im zweiten Lebensjahre beginnt, mit der Pubertät zunimmt, das ganze Leben hindurch besteht und zu einer diffusen Atrophie der Haut führt, diejenigen Hautregionen unberührt läfst (auch in hochgradigen Fällen), wo sich zwei gegenüberliegende Flächen berühren (Achselhöhlen, Genitalgegend, Nates etc.), und endlich das Gesicht nicht befällt; noch auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkte, indem am Prozesse ganz besonders die Epidermis interessiert ist, während der Papillarkörper nur wenig daran beteiligt ist und dann meist nur die trichterförmige Ausmündung der Follikel.

Unsere Dermatose hingegen entsteht in jedem Alter; die Elementarläsionen (zunächst ganz isoliert) folgen einander in langsamer Vermehrung, dehnen sich in exzentrischer Richtung aus, werden im Zentrum regressiv, können zusammenfliefsen und gerade jene Partien befallen, welche von der Ichthyosis konstant verschont bleiben (Gesicht, Palmae manuum, plantae pedum). Handteller und Fufssohlen bleiben also bei der Ichthyosis meist frei; in einigen Fällen jedoch weisen sie eine ausgesprochene Hyperkeratose auf; man hat dann die sog. lokale Ichthyose, von der man vier Varietäten unterschieden hat.[1]

Die Affektion läfst sich auch nicht mit der Ichthyosis cornea partialis (Philippson), mit der Ichthyosis linearis neuropathica (Koren und Cutler), den Naevi, der Parakeratosis scutularis (Unna) in Beziehung bringen.

Mit aller Wahrscheinlichkeit ist sie eine wahre Hyperkeratose, oder besser eine Dys-, resp- Parakeratose, und zwar eine solche, welche ausschliefslich die Mündungen der freien tubulösen und acinösen Drüsen befällt.

Ich hatte vorhin bei der Dunkelheit, die über der Ätiologie der

---

[1] Unna, Über das Keratoma plantare et palmare hereditarium. *Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1883. — Kaposi, *Pathologie et traitement des maladies de la peau* (übersetzt von Besnier u. Doyon). T. II.

Krankheit herrscht, auf einen möglichen parasitären Ursprung derselben hingewiesen und erinnere bei dieser Gelegenheit an eine Arbeit von CAMPANA (Ichthyosis cornea und Psorospermose), sowie an jene Bildungen die man als Warzen kennt. Jene werden unterschieden in Verrucae juveniles und Verrucae seniles, erstere wieder in gemeine und flache eine, wie mir scheint, ziemlich schülerhafte und unpassende Einteilung Die sog. Verrucae communes unterscheiden sich bereits bei oberflächlicher Betrachtung von den miliaren und linsenförmigen Exkrescenzen unserer Affektion. Nicht so verhält es sich immer mit den flachen, indem hier oft nur einläſsliche und scharfe mikroskopische Untersuchung die Diagnose festzustellen vermag. Letzterer Fall präsentierte sich mir bei zwei von meinen Patienten, welche an den Händen dergleichen Exkrescenzen trugen.

Bei der Verruca communis liegt die Hauptläsion in der Epidermis, während die Veränderungen in der Cutis nur untergeordneter Art, meist von ersterer abhängig sind. Am meisten verändert zeigt sich nach KÜHNEMANN[2] das Stratum granulosum, später das Stratum corneum. Die Verruca communis wäre sonach eine Para- oder Dyskeratose.

Bakteriologisch hat man Bacillen nachgewiesen, die vorzüglich in der Flemmingschen Keimschicht liegen und deren Kulturen bei Inokulationen auf Tiere positive Resultate ergeben haben sollten. Der Bacillus würde im Stratum spinosum eine Proliferation verursachen und sekundär die anderen epidermidalen Veränderungen, sowie auch die der Cutis. Es würde sich demnach zunächst um eine Akanthose handeln.

Bei der Verruca plana findet THIN in einem Falle vorherrschend epidermidale Läsionen, Verdickung der Hornschicht, Verlängerung der Papillen, leichten Grad von Zellinfiltration in den Papillen, weniger im Derma, und nimmt er die Möglichkeit eines parasitären Ursprunges an. DARIER glaubt, daſs der Prozeſs von den Papillen ausgehe, und verwirft die Annahme einer Veränderung in der Verhornung.

Man findet nirgends vermerkt, daſs bei den Warzen der Proceſs, während er peripher weiter schreitet, ins Zentrum zurückgehe. Gerade dieser Umstand, sowie die vorherrschende Lokalisation an den Drüsenmündungen charakterisierten die Affektion.

In klinischer Beziehung läſst sich unsere Hyperkeratose mit den Warzen vergleichen, besonders mit denen der Erwachsenen. Denn auch diese breiten sich zentrifugal aus, kommen vorzüglich auf den Hand- und Fingerrücken vor, greifen bis auf die Nägel über und verursachen eine Ablösung des Nagels, an den Nates, dem Fuſsgelenk, dem Nacken.

---

[2] KÜHNEMANN, Beiträge zur Anatomie und Histologie der Verruca vulgaris. *Brit. Journ. of derm.* 1889. No. 11.

Trotz dieser wenigen übereinstimmenden Punkte bleibt die Affektion eine spezielle, leicht zu diagnosticierende Form.

Bei der Benennung derselben müssen wir uns gegenwärtig halten:

1. Den klinischen Verlauf mit exzentrischem Wachstum und zentraler Resolution; dabei bleibt ohne Belang, ob sich eventuell später der Prozeſs wieder ausbildet.
2. Die Hyperkeratose, welche besonders die Mündungen der freien tubulösen und acinösen Drüsen interessiert.

Danach möchte ich die Affektion benennen: **Exzentrische Hyperkeratose oder Parakeratose der Mündung der freien tubulösen und acinösen Drüsen.**

(Gekürzte Übersetzung von C. Müller-Freiburg [Schweiz]).

Erklärung der histologischen Figuren.

Fig. 3. Senkrechter Schnitt einer miliaren, genabelten Exkrescenz aus der zentralen Area einer polycyklischen Plaque (Nase).

Figg. 4 u. 5. Schnitte durch den Ring einer polycyklischen annelierten Plaque (Nase).

Fig. 6. Vertikaler Schnitt durch die Mitte einer annelierten Plaque (Achselhöhle).

A. Stratum corneum.
A'. Stratum corneum in einem interpapillaren, einem Knäueldrüsen-Ausführungsgange entsprechenden Zapfen.
A''. Stratum corneum in einem interpapillaren, dem Ausführungsgange einer acinösen Drüse entsprechenden Zapfen.
B. Stratum granulosum.
C. Stratum spinosum.
D. Hypertrophische Papillen.
D'. Subpapilläres Stratum. Dilatierte Blutgefäſse; mäſsige perivasale Infiltration.
E. Teil eines Ausführungsganges oder Glomerulus einer tubulösen Drüse.
F. Körper einer acinösen Drüse.

In *Fig.* 3 sieht man den schiefen Schnitt durch den Glomerulus einer Knäueldrüse ziemlich erweitert und mit atrophischem Epithel.

Versammlungen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 14. Dezember 1893.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Besnier wird an Stelle von Vidal zum Vorsitzenden erwählt.

Tennesson und Darier: **Lymphvaricen der Wangen und Mundschleimhaut infolge wiederholter Erysipelanfälle.**

Es handelt sich um ein 19jähriges Mädchen, das seit ihrem siebenten Jahre häufig an Gesichtsrose gelitten hat. Das Erysipel wiederholte sich jährlich 3—4 mal und war

zuletzt im März 1892 dagewesen. Im Anschluſs an diese verschiedenen Erkrankungen, die nur von geringem Fieber begleitet waren, besonders aber nach dem letzten Anfall, entwickelte sich ein lymphatisches Ödem der rechten Wange mit Schwellung des unteren Augenlides, also eine richtige Elephantiasis. An der linken Wange besteht ein kaum merkliches chronisches Ödem.

Auſserdem erschienen nun nach dem jüngsten Erysipel auf der Schleimhaut beider Lippen und auf den ihnen zunächst liegenden Teilen der Wangenschleimhaut eine groſse Menge durchscheinender Bläschen, die in die Schleimhaut eingelagert sind, keinen roten Hof besitzen, stecknadelknopfgroſs und schmerzlos sind. Einige dieser Vesikeln platzen von selber, während sich fortwährend neue bilden. Die Halsdrüsen sind nicht nachweisbar geschwollen. In der Unterkiefergegend befinden sich einige, von Abscessen herrührende Narben.

Bei der histologischen Untersuchung einzelner dieser Pseudovesikeln zeigte es sich nun, daſs es sich hier um Lymphvaricen handelt, die sich auf Kosten entweder der papillären Lymphgefäſse oder der subpapillären Hohlräume gebildet haben. Die Bläschen enthalten Lymphe und sind nur von einem zusammenhängenden Endothel begrenzt, besitzen aber sonst keine eigene Wandungen. Streptokokken fanden sich in dem untersuchten Gewebe nicht.

Sticht man eines dieser Lymphbläschen an, so entleert sich nicht bloſs ein Tropfen Lymphe, sondern eine beträchtliche Menge, vielleicht bis zu einem Gramm.

Das chronische Ödem sowohl, wie die Lymphvaricen sind wahrscheinlich auf mechanische Weise entstanden, entweder durch eine obliterierende Lymphangitis oder durch Sklerose der Drüsen infolge des wiederholten Erysipels.

Louis Wickham: **Über Neurodermitis.**

Diese Mitteilung fuſst auf der neuen Auffassung von Brocq und Besnier über die Hautneurosen. Die vorgestellten Kranken haben anscheinend ganz verschiedenartige Hautausschläge; dieselben weisen aber dennoch gemeinsame Eigenschaften auf, durch die sie zusammengehören und durch die ihre Zusammenfassung unter dem gemeinsamen Titel Neurodermitis ermöglicht wird.

Die wichtigsten dieser Eigenschaften sind: 1. die Reizbarkeit des Nervensystems, der neuropathische Charakter des Patienten selber und bei seinen Angehörigen aufsteigender Linie; 2. der Pruritus, der jeder Hauterkrankung und jedem neuen Nachschube vorausgeht und der die Ursache des Ausschlages ist; 3. die lange Dauer des Leidens, das anfallsweise, mit freien Zwischenzeiten, auftritt.

Abgesehen von diesen Verhältnissen führten Wickham seine Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Der Pruritus sine materia, der zur Zeit als Neurodermie bezeichnet wird, ist der Neurodermitis nahe verwandt, d. h. denjenigen Neurosen, in denen die Haut auf das Kratzen und Scheuern mit dem Auftreten verschiedener Ausschlagsformen, Urticaria, Eccema, Lichen, reagiert; 2. zwischen der Neurodermie und der Neurodermitis bestehen Übergangsformen; 3. bei einer Neurodermie läſst sich nie vorhersagen, ob sie unkompliciert bleiben, oder ob sich in einer bestimmten Zeit ein Hautausschlag hinzugesellen wird; 4. der Pruritus aestualis et hiemalis sind keine Dermatosen sui generis; sie sind nur Varietäten der Neurodermitis, denen ihr besonderer Charakter durch die Jahreszeit aufgedrückt wird.

Gaston: **Syphilis renalis praecox.**

Der Patient hat noch seinen Schanker, einen ungeheuren phagedänischen Schanker der Bauchhaut; derselbe besteht seit vier Monaten, daneben Roseola und Schwellung der linken Achseldrüsen. Vor ungefähr einem Monat erschien die Albuminurie, zeigte sich das Ödem der Beine und wurde der Urin spärlich.

Fournier und Terson stellen einen Fall von **Syphilis conjunctivae** vor.

Die Conjunctivae bulbi sind beiderseits sehr gerötet, infiltriert und verdickt. Es besteht wenig Schmerz und Lichtscheu. Rechts besteht gleichzeitig Iritis. Durch eine Hg-Behandlung ist der Zustand wesentlich gebessert.

Bar und Thibierge konnten einen ungünstigen Einfluſs der **Schwangerschaft auf den Lupus** feststellen. In 13 Fällen von Schwangerschaft recidivierte der Lupus 13 mal, um mit der Rückkehr der Regeln sofort zu verschwinden.

Hallopeau: **Über einen Hauptfehler bei der Klassifikation der Dermatosen und der Theorie der Übergangsformen.**

Bei der in der Dermatologie gebräuchlichen Nomenklatur wird kein Unterschied gemacht zwischen Krankheiten (Maladies), d. h. solchen pathologischen Zuständen, denen eine einheitliche Krankheitsursache zu Grunde liegt, und Erkrankungen (Affections), d. h. solchen pathologischen Zuständen, die einen bestimmten Verlauf und bestimmte Symptome aufweisen, wobei man sich aber um die Krankheitsursache nicht kümmert. Die Folge hiervon ist jedoch eine beklagenswerte Verwirrung. Nach den Krankheitsursachen lassen sich zum Teil unveränderliche Arten aufstellen; das gilt z. B. für sämtliche Infektionskrankheiten, denn zwischen Syphilis, Rotz, Lepra, Tuberkulose und den verschiedenen Arten des Haarschwundes giebt es keine Übergangsformen. Andere Krankheitsursachen scheinen dagegen wohl geeignet, bei verschiedenen Menschen — und beim selben Individuum zu verschiedenen Zeiten — verschiedenartige Symptome hervorzurufen. Das gilt besonders von den Autointoxikationen, bei denen es sich um chemisch wandelbare Gifte handelt. Wenn, wie wir anzunehmen berechtigt sind, diese Gifte in der Pathogenese verschiedener Dermatosen, wie Pemphigus, Dermatitis herpetiformis, Erythema polymorphum, Urticaria und Prurigo chronica, eine Rolle spielen, so wären hier Übergangsformen zwischen den verschiedenen klinischen Typen der hybriden Fälle, wie Brocq sich ausdrückt, wohl denkbar. Sache der histologischen Chemie wird es sein, jene Toxine genau zu analysieren.

Hallopeau: **Über einen Fall von Dermatitis bullosa des Armes infolge eines lange liegenden Vesikators.**

Dieser Ausschlag, der sich zuerst nur auf die nächste Umgebung des Eiterherdes beschränkte, hat sich immer weiter ausgedehnt, ohne indes eine entferntere Gegend zu befallen. Er tritt seit vier Monaten in Anfällen auf, die sich ohne Unterlaſs folgen. Als wahrscheinliche Ursache ist eine trophische Innervationsstörung anzunehmen, die infolge von Reizung der in der Narbe liegenden Nervenfasern entstanden ist.

Hallopeau: **Über einen Fall von Wilsonschem Lichen, der stellenweise wie eine Pityriasis rubra pilaris aussah.**

Dieser Fall lehrt folgendes: 1. Beim Wilsonschen Lichen kann es zur Bildung miliarer, spitzer Papeln kommen, die denen der Pityriasis rubra pilaris sehr ähnlich sind. 2. Diese Papeln gruppieren sich um die Wilsonschen Papeln und scheinen in ihrer Entwickelung von diesen abhängig zu sein. 3. Sie entsprechen nicht den Elementen an Kopf, Fingern und Handflächen, die das Charakteristische der Pityriasis rubra pilaris ausmachen. 4. Ihr Zusammentreffen mit den Wilsonschen Papeln macht es erklärlich, daſs Kaposi den Lichen planus und den Lichen accuminatus zu einem Typus rechnet. Dies Zusammentreffen berechtigt aber keineswegs, die Pityriasis rubra pilaris als besonderen Typus zu leugnen; denn das Aussehen der Ausschlagselemente hat nur eine nebensächliche Bedeutung; das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Krankheiten bleibt die Lokalisation.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

New Yorker Dermatologische Gesellschaft.

224. Sitzung.

Dr. FORDYCE stellt einen **Fall von skrophulösen Gummata** vor.

Die Patientin ist ein 20jähriges, anämisches Mädchen, das aus einer tuberkulös belasteten Familie stammt. An den Unterextremitäten zeigt sie eine Anzahl subkutan gelegener Knoten, welche für den Augenblick syphilitische Gummata vortäuschen. Einige derselben sondern etwas Eiter ab, andere erscheinen halb fluktuierend, noch andere sind ganz hart und von gesunder Haut bedeckt.

Zur Sicherung der Diagnose wird Jodkalium gegeben, das jedoch den Zustand verschlimmert. Unter streng antiseptischer Behandlung tritt sowohl lokal, wie allgemein eine wesentliche Besserung in dem Zustande der Patientin ein.

Dr. KLOTZ: **Fall zur Diagnose (Syphilis oder Erythema multiforme?)**

Der Patient ist 13 Jahre alt. Vor zwei Wochen klagte er über Schmerzen und Steifigkeit in den Beinen, namentlich in den Wadenmuskeln. Eine Woche später zeigte sich am Thorax und um die Knie herum ein Ausschlag, welcher aus serumhaltigen, später zu Krusten eintrocknenden, nicht juckenden Efflorescenzen bestand. Sodann wurden die Beine ergriffen; der Ausschlag nahm jedoch hier mehr eine papulöse Beschaffenheit an. Gegenwärtig verursacht die Affektion weder Schmerzen noch Jucken.

In der Diskussion sprechen sich MORROW, FORDYCE, ALLEN, ROBINSON für die Diagnose Syphilis aus. Auch KLOTZ stimmt dem bei, obwohl die Schmerzen beim Ausbruch der Affektion für Syphilis nicht gerade gewöhnlich sind.

Dr. ROBINSON: **Ein Fall von Ringworm der Lippenschleimhaut.**

Der Patient, ein junger Mann, zeigt sowohl auf der Ober-, wie Unterlippe in der ganzen Ausdehnung zweier beim Schliefsen des Mundes sich berührenden Stellen charakteristische Trichophytonplaques.

Dr. CUTLER berichtet über einen ähnlichen Fall.

Dr. SHERWELL hat niemals einen Fall von Ringworm der Lippenschleimhaut, wohl aber eine Sycosis coccogenes sich in die Nasenschleimhaut fortsetzen sehen.

Dr. ALLEN sieht keinen Grund ein, weshalb nicht auch die Trichophytie, ebenso wie das Molluscum contagiosum die Mundschleimhaut ergreifen sollte.

Dr. SHERWELL ist derselben Meinung, während Dr. LUSTGARTEN niemals einen ähnlichen Fall beobachtet hat.

Dr. ELLIOT fragt, ob jemand aus der Gesellschaft Fälle von Ringworm an Handtellern und Fufssohlen gesehen habe, die lebhaft an syphilitische Eruptionen erinnerten. ZAMBACO hatte auf zahlreiche Fälle im Hospital St. Louis hingewiesen, die als syphilitische Affektion angesehen und auch antiluetisch, aber erfolglos behandelt worden wären, während sie unter einer antiparasitären Behandlung mit Chrysarobin und Resorcin rasch abheilten? Er (Redner) habe mehrere derartige Fälle beobachtet.

Dr. FOX spricht über einen **Fall von Ulcus rodens** oder **Epithelioma der Brust, des Ohres und der Stirn.**

Die Läsionen bestanden bei dem 56jährigen, kräftigen Manne seit 10 Jahren und verursachten demselben, namentlich auf der Brust, heftiges Jucken, das bei warmem Wetter bis zur Unerträglichkeit sich steigerte. — Die Diskussion, an der sich ALLEN, PIFFARD, JACKSON, ELLIOT, KLOTZ, LUSTGARTEN, FOX, ROBINSON, SHERWELL und TAYLOR beteiligen, dreht sich hauptsächlich um die Frage, ob es klinisch und anatomisch gerechtfertigt sei, den Namen „Ulcus rodens“ beizubehalten oder durch die Bezeichnung „Epithelioma“ zu ersetzen.

Ein Fall von Lichen planus, vorgestellt von Dr. ALLEN.

Der 27jährige Patient wurde mit UNNAS Sublimat-Carbolsalbe behandelt. Der

Erfolg war gut. Das Jucken liefs nach, die gröfseren Lichenplaques verschwanden nach Verlauf von zwei Wochen.

In der Diskussion wird die Wirksamkeit von UNNAS Mittel gegen den Lichen planus besprochen. Die Stimmen sind geteilt.

Während LUSTGARTEN, ROBINSON von UNNAS Sublimat-Karbolsalbe keinen besonderen Erfolg gesehen haben und der Meinung sind, dafs akute Schübe von Lichen planus auch spontan verschwinden, haben JACKSON, FORDYCE, FOX, MORROW, KLOTZ, ELLIOT mehr oder weniger gute Resultate erzielt; letzterer namentlich lobt die von UNNA empfohlene Salbe, die ihn nur ein einziges Mal — und dieses in einem veralteten Falle — im Stiche gelassen habe. Allerdings müsse man in den einzelnen Lichenfällen individuell verfahren und den Sublimatgehalt der Salbe je nach der beabsichtigten Wirkung abstufen.

Dr. TAYLOR stellt einen **Fall von Ichthyosis** und **Striae atrophicae** bei HODGKINS Disease vor.

Der Patient ist 25 Jahre alt. Vor 6 Monaten begannen die Lymphdrüsen zuerst am Halse, später in der Achselsöhle und unter dem Musculus pectoralis zu schwellen. Gleichzeitig wurde die Haut trocken, hart, schuppig; später zeigte dieselbe bräunliche Streifen, insbesondere über dem Abdomen. Früher war der Patient ganz gesund. Ein ähnlicher Fall ist in der Familie nicht zu verzeichnen. Nur ein 20jähriger Neffe bekam, als er 14 Jahre alt war, eine trockene, rauhe Haut, die jedoch später wieder zur Norm zurückkehrte.

Gegenwärtig zeigt der Patient grofse Drüsenpackete in beiden Achselhöhlen, auf der linken Seite des Halses, unter dem Musculus pectoralis kleinere Packete befinden sich am Halse hinter dem Sternocleidomastoideus. Die Haut zeigt den oben beschriebenen Zustand. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist gut. Die Behandlung besteht in innerlichen Gaben von Arsenik.

In der Diskussion spricht sich die Mehrzahl der anwesenden Herren gegen die Diagnose Ichthyosis aus, die in einem so späten Alter ganz ungewöhnlich sei. FOX, JACKSON, LUSTGARTEN, ELLIOT möchten den Zustand als eine Art Pityriasis tabescentium ansehen, welche sekundär im Gefolge von pseudoleukämisch oder leukämisch afficierter Leber, Milz oder des Lymphapparates der Bauchhöhle aufgetreten sein kann.

C. Berliner-Aachen.

Besprechungen.

Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft in Göttingen vom 21.—24. Mai 1893. (Verlag von Gustav Fischer, Jena.) — Die Nerven der Chromatophoren, von EBERTH. Die Chromatophoren reagieren auf äufsere Reize und Erregung bestimmter Nerven. Jeder Chromatophore wird, wie die Goldmethode zeigt, von einer Nervenfaser versorgt; diese weiter zu verfolgen, hindert das Pigment. Die GOLGIsche Methode läfst die Fasern scharf schwarz hervortreten, genügt aber noch nicht. E. hat deshalb das Pigment durch Chlorwasser, das besser ist, als Wasserstoffsuperoxyd, gebleicht. Durch Belichtung wird dann das aus dem Chromsilber gebildete Chlorsilber so dunkel gemacht, dafs die Nervenstruktur gut hervortritt. Man sieht dann, dafs an die Chromatophoren eine Nervenfaser im gewundenen Verlauf herantritt, sich in zwei oder mehrere, knopfförmig endende Äste teilt, welche den Chromatophoren aufliegen. Mitunter finden sich zwischen den Ästen Verbindungen.

Die gröfseren Chromatophoren zeigen eine netzförmige Anordnung der Nerven; aus diesem Netze gehen Zweige teils zum Körper, teils zu den Ausläufern, den eigentlichen Endigungen der Chromatophorennerven. —

Über dasselbe Thema spricht E. Ballowitz, der zufällig nach denselben Methoden untersucht hat; aus seinem Vortrage sei hervorgehoben: Die Chromatophoren senden nicht Protoplasmafortsätze zeitweise aus, sondern diese bleiben immer, und es findet nur eine Pigmentverschiebung in der Zelle statt. — Alle Chromatophoren stehen unter sich und mit den betreffenden Nerven in Verbindung. Die Nerven lösen sich in ein Netz feinster Fäserchen auf, bilden an beiden Zellflächen Platten, die zu einander durch die Zelle hindurch Fasern senden. Die Verzweigungen der Nervenfasern gehen über in feinste Tröpfchenfibrillen, welche meist frei enden, den Zellkörper und die Fortsätze durchdringen und diese zuweilen noch überragen. Der Reichtum an Nervenfibrillen ist schier unglaublich. Eine Beziehung dieser zu der zentralen Attraktionssphäre, von der die Pigmentkörnchen, radiär geordnet, ausgehen, oder zum Zellkern hat B. nicht gefunden. Die Endigungen gehören dem freien Protoplasma an, denn sie verändern nicht ihre Lage, wenn die Pigmentkörner sich zentral konzentrieren.

Über die Kontraktion der Pigmentzelle der Knochenfische spricht Zimmermann. Er bestätigt, dafs keine Kontraktion der Pigmentzelle, sondern nur eine Verschiebung des Pigments stattfindet; die Ausläufer bleiben erhalten. Die Kerne werden bei Konzentrierung des Pigments an die Peripherie oder in die Ausläufer gedrängt und eingedrückt; bei Zerstreuung des Pigments runden sie sich wieder, wenn sie nicht geplatzt sind. Wo mehrere Kerne vorhanden sind, ist die mechanische Läsion durch die Konzentrierung des Pigments die Ursache.

Über den Haarwechsel beim Menschen, von L. Stieda. Der Vortragende erörtert wieder die Frage, ob die Bildung einer neuen Papille stattfindet; er bejaht dieselbe. Das Papillenhaar hebt sich ab, wird zum Haar mit hohler Wurzel, die sich zum Haarkolben umbildet. Die Papille atrophiert, vom neuen Haarkolben wächst ein Fortsatz hinein in die Cutis; aus diesem Haarkeim entsteht das neue Haar nach embryonalem Typus. Unter dem Haarkolben findet man die neue Papille, die gar nicht an der Stelle der alten sitzt. Schwalbe will bei Tieren das zugeben, nicht für Menschen, bei denen die alte Papille nur verstreiche, um sich später wieder zu erheben. Der Vortragende aber bleibt dabei, dafs das neue Haar eine neue Papille habe. —

Schwalbe hält daran fest, dafs der Sockel der alten Papille erhalten bleibe, aus dem das neue Haar durch aktive Wucherung der Epithelzelle stattfindet. Ein prinzipieller Unterschied zwischen Tier und Mensch bestehe nicht, nur verstreiche die Papille bei ersterem wegen des gleichzeitigen, nicht disseminierten Haarwechsels vollständig.

v. Brunn fafst den Epithelstrang von der neuen Papille zum Haarkolben als den kontrahierten Haarbalg auf, da derselbe von mächtiger Bindegewebshülle umgeben ist.

Stieda stimmt dem nicht zu; der Fortsatz unter dem Haarkolben ist der neue Haarkeim. Welche Kraft sollte denn das alte Haar aus dem Haarbalg heraustreiben? — Welche Kraft soll die Papille zum Verstreichen und Wiedererheben bringen? —

Über eine Modifikation des Weigertschen Fibrinfärbeverfahrens, von Beneke-Braunschweig. Die Weigertsche Fibrinfärbemethode färbt aufser Fibrin bekanntlich Eleidinkörper, Kernteilungsfiguren etc., bisweilen auch bindegewebige Elemente. Durch systematische Abschwächung der Entfärbung gelingt es, zahlreiche Gewebselemente darzustellen. Diese wird erzielt durch Verdünnung des Anilins mit Xylol (2 : 3). Fibrilläres Bindegewebe wird tiefblau; weniger gefärbte Fasern scheinen

weichere, vielleicht wasserreichere zu sein. Das elastische Gewebe wird leuchtend rot, selten blauviolett. Die Gliafasern werden ähnlich den Bindegewebsfasern gefärbt; nervöse Elemente bleiben farblos. Die v. Ebnerschen Knochenfibrillen, die Sharpeyschen Fasern werden tiefblau. Glatte Muskelfasern färben sich nicht, wohl aber anisotrope, quergestreifte. Zellprotoplasma färbt sich nicht, ebensowenig Epithelien der Haut, wie Kromayer meint. Die von ihm zwischen den Epithelzellen dargestellten Faserzüge sind ein differenziertes Protoplasmaprodukt mit direktem Übergang in die Bindegewebsfibrillen. Durch Abstufung der Entfärbung kann man die Nucleoli isoliert oder mit den Chromatinkörnchen zugleich färben. Karyokinetische Kerne behalten vom ersten Anfange an die Farbe; sämtliche in Teilung begriffenen Kerne kann man deutlich vor den ruhenden hervortreten lassen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Praktiker, von Dr. Albert Reibmayer. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien. 1893.) Nichts findet seltener einen Schriftsteller, als manche fast selbstverständliche Dinge, die zu lesen sehr, sehr vielen aber doch höchst nützlich und notwendig ist. Blickt man in das vorliegende Buch, so findet man fast nur solch selbstverständliches, und doch ist es sehr lehrreich, dasselbe zu lesen; und zwar nicht nur für jeden Praktiker, sondern auch für alle Ärzte, die sich nur mit Spezialdisziplinen beschäftigen. Nur wer die allgemeinen, für jeden Arzt geltenden Regeln kennt und beherzigt, wird als Spezialarzt vollkommenes leisten, davor behütet werden, den Boden der Gesamtmedizin unter den Füſsen zu verlieren. Es ist im höchsten Maſse interessant, die Herzensergüsse eines Praktikers zu lesen, der eine sehr geringe Achtung vor den Spezialdisziplinen hat, mit wenigen, fast verächtlichen Worten die ganze Dermatologie abfertigt. Sicher geht der Verfasser hierin, wie in seinen absprechenden Äuſserungen über den Wert theoretischer Studien für die Praxis oft zu weit, aber man fühlt es doch auf Schritt und Tritt, daſs er der wahre Arzt ist, der sich in paradoxen Äuſserungen und ketzerischen Ansichten gefällt, aber doch der Wissenschaft des Arztes neben seiner Kunst den schuldigen Tribut zahlt. Mag jeder das Büchlein zur Hand nehmen und lesen, er wird viel Beherzigenswertes, manches ungeschriebene Gesetz darin mit gewandter Feder niedergeschrieben finden. — Die als Anhang beigegebenen Aphorismen erhöhen den Wert dieses Buches, das eine vereinzelte Erscheinung in der Flut wissenschaftlicher Werke bildet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das seborrhoische Ekzem, von P. G. Unna. (*Samml. klin. Vortr.* No. 79. 1893.) Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick geben über das, was bisher vom Eccema seborrhoicum Unnas, dem infektiösen Katarrh der Haut, erforscht ist. Nach einer historischen Auseinandersetzung über die Trennung der Begriffe Pityriasis und Seborrhoe kommt Unna zu dem Schlusse, daſs die Seborrhoen entzündliche Katarrhe, entzündliche Parakeratosen der Haut sind; die Seborrhoea oleosa (besser Hyperidrosis oleosa) und die Vernix caseosa sind auszunehmen; sie zählen überhaupt nicht hierher. Die Beweise sind klinischer, histologischer und ätiologischer Natur.

Histologisch ist der seborrhoische Katarrh charakterisiert 1. durch Parakeratose der Oberhaut, 2. Epithelwucherung (Akanthose), 3. mehr oder weniger tiefgehende Entzündung der Cutis, 4. Vermehrung des Hautfettes, vermehrte Thätigkeit der Knäueldrüsen. — Die Parakeratose geht meist, aber nicht immer mit Bläschenbildung einher; diese Bläschen sind durch Exsudation gebildete Verdrängungsbläschen. Die mitotische Epithelwucherung ist um so ausgesprochener, je chronischer das Ekzem ist; je stärker die Akanthose, desto schärfer begrenzt sind die Efflorescenzen. — Die Entzündung der Cutis beschränkt sich gewöhnlich auf den Papillarkörper; die Zellinfiltration setzt sich gewöhnlich nur aus Spindelzellen, sehr selten auch aus

Plasmazellen zusammen. — Der vermehrte Fettgehalt ist mehr klinisch als histologisch nachweisbar. Das Fett ist diffus in der Hornschicht der Krusten und Schuppen imbibiert und entstammt den Knäueldrüsen. Die Poren der letzteren finden wir oft erweitert, selbst trichterförmig; ihr Volumen ist vermehrt, die Epithelien grofs, das Lumen erweitert; die Drüsenzellen zeigen viele Mitosen. Gleichzeitig findet man den Panniculus adiposus verdickt, auch ein Ausdruck der stärkeren Sekretion der Knäueldrüsen. Erst wenn Haarschwund durch das seborrhoische Ekzem eingetreten, die Talgdrüsen hypertrophiert sind, nehmen auch diese an der Fettproduktion teil, zumal ihr normales Absatzgebiet, die Haaroberfläche, fehlt; jetzt tritt übermäfsige Ablagerung des Talgdrüsensekretes auf der Oberfläche im Sinne Hebras ein. Dieser Zustand ist also die Ausnahme und nicht die Regel; gewöhnlich hat die Thätigkeit der Talgdrüsen keinen Anteil an dem Prozesse.

Ätiologisch kommen nur Parasiten in Frage; serpiginöse Ausbreitung, Abweichung von durch physikalische und chemische Ursachen bedingten Dermatitiden, Wirkung antiparasitärer Mittel sprechen dafür. Der mikroskopische Nachweis in den Krusten lehrte zwei Arten von Mikroorganismen kennen: Flaschenbacillen (Sporen Malassez') und Morokokken; erstere finden sich besonders an der Kopfhaut, letztere am übrigen Körper, besonders bei den nässenden Formen. Weitere Untersuchungen, positive experimentelle Ergebnisse führen Unna dazu, die Morokokken als die eigentliche Ursache anzusehen; jedoch mufs bei Ekzemen der Kopfhaut auch den Flaschenbacillen eine adjuvatorische Bedeutung zukommen. — Die Morokokken unterscheiden sich von dem Staphylococcus albus durch feine, aber feste Schleimhülle, Bildung von Doppel- und Viererkokken und maulbeerartige Drüsen; ihre Kulturen wachsen nur an der Oberfläche, da sie Sauerstoff brauchen. Sie sitzen stets nahe der Oberfläche der Krusten, ihre weiteren Wirkungen erklären sich durch Chemotaxis. Ob auch die Fettzufuhr durch die Morokokken bewirkt und diese etwa auch durch Sebotaxis zu erklären ist, ist noch fraglich. Die Morokokken finden sich aber auch bei anderen, mit Parakeratose einhergehenden Ekzemen nicht seborrhoischer Natur. Das könnte man auf verschiedene Weise erklären: 1. Die Seborrhoe ist das primäre, die seborrhoische Haut ist den Morokokken ein willkommener Ansiedelungsort. 2. Die Morokokken bewirken bald das seborrhoische, bald das nicht seborrhoische Ekzem, bald beide nebeneinander. 3. Die Seborrhoe ist eine Folge anderer Mikroorganismen; das seborrhoische Ekzem ist eine Mischinfektion. — Die erste Möglichkeit weist Unna von der Hand; die anderen beiden sind annehmbar. Welche die richtige ist, mufs noch entschieden werden.

Die klinische Beobachtung lehrt als charakteristisch den Verlauf, den Fortschritt vom Scheitel nach abwärts. Hauptsitz und Ausgangspunkt der Krankheit ist der behaarte Kopf. Die geeigneten Ernährungsbedingungen für den Erreger finden sich während des ganzen Lebens. Allerdings liegt das häufigste Lebensalter der Patienten zwischen 20 und 30 Jahren, jedoch ergiebt die Anamnese stets, dafs schon früher seborrhoische Symptome bestanden haben — Wie häufig das seborrhoische Ekzem ist, lernt man immer mehr kennen, je mehr man demselben seine Aufmerksamkeit zuwendet; Unna rubriciert über die Hälfte der Ekzeme unter Eccema seborrhoicum. Meistens suchen die Patienten erst spät den Arzt auf, durch Jucken, Haarausfall, Krustenbildung, Fortsetzung des Ekzems vom Kopfe auf Stirn, Ohr, Gesicht geängstigt. Schwieriger ist die Diagnose, wenn ein vom Kopfe entferntes Hautgebiet ergriffen wird. Unbedeutende Pityriasisflecke findet man dann gar häufig als Vermittler. Seltener als der behaarte Kopf bilden die Lidränder, die Achselhöhle, der After, die Crurogenitalfurche, die Brutstätte, von der die Weiterverbreitung erfolgt. Meistens ist nur die obere Körperhälfte ergriffen; besonders ist die Gegend

des Brustbeins, die Infraklaviculargegend und Intraskapulargegend ein fruchtbares Feld; fettreiche, leicht schwitzende Teile sind besonders disponiert. Eine häufige Kombination bilden: trockene Pityriasis capitis, fettig-krustöse Efflorescenzen der Sternalgegend und teilweise nässende Proruptionen des Handrückens. Der Ausschlag kann allmählich einen immer universelleren Charakter gewinnen; je trockener die Efflorescenzen sind, desto mehr ähneln sie einer Psoriasis guttata. Meistens ist eine Polymorphie vorherrschend. Die Bläschen bleiben stets mehr mikroskopisch, finden sich nie isoliert, sondern nur als Höhepunkt krustöser und nässender Formen; die Papeln sind flach, meist sanft, nie hoch ansteigend. — Charakteristisch ist ferner die serpiginöse Ausbreitung bei zentraler Abheilung; so entstehen annulär polycyklische Bilder. Die Farbe der erkrankten Hautteile ist eine mehr gelbliche; besonders tritt das in der Umgebung der Efflorescenzen hervor; die Papeln und Flecke erhalten durch die gelbliche Nuance eine frisch rote Farbe, die nur bei vorhandener Stauung ins Blaurote übergeht. — Die subjektiven Beschwerden sind gering; fast nur, wo gröfsere Fett- und Schweifssekretion herrscht, besteht Jucken. Gröfsere Schmerzhaftigkeit ist sehr selten. Regionäre Unterschiede beeinflussen Konfiguration und Farbe der Efflorescenzen, ebenso die gesamte sekretorische Hautformation, die natürlich nur periodische Schwankungen bewirkt. Eine innere Therapie kann das seborrhoische Ekzem nur insofern beeinflussen, als sie die Hautsekretion in Angriff nimmt. Von grofser Wichtigkeit sind auch die Cirkulationsverhältnisse (Hyperämie des Kopfes; Stauung in den Unterschenkeln etc.).

Der zeitliche Verlauf des Eccema seborrhoicum ist ein ganz unregelmäfsiger, Stillstand und Fortschreiten sind an kein Gesetz gebunden.

Bei Besprechung der einzelnen, charakteristischen Formen trennt Unna die einfachen und zusammengesetzten Elementarformen.

Als einfache Elementarformen kommen nur makulöse vor. 1. Die Gelbfärbung (Vergilbung) ist häufig, wo Pityriasis capitis oder seborrhoische Krusten des Kopfes vorhanden sind; sie nimmt die Mittelpartie des Gesichtes ein. Die Haut ist zuweilen glänzend, fettig, meist aber schlaff. Auch an anderen Körperstellen (Umgebung der Achselhöhle, Sternalgegend etc.), wo viele Knäueldrüsen vorhanden sind, findet man die Gelbfärbung (Paridrosis oleosa), zuweilen subjektive Empfindungen auslösend. Charakteristisch ist auch, wie schon erwähnt, die Gelbfärbuug in der Umgebung abgeheilter Flecke, zumal wo diese serpiginös weiter kriechen. Das Wesen der Vergilbung ist noch dunkel. 2. Hyperämischer Fleck. Die Hyperämie ist besonders ausgesprochen an Nase und Umgebung, und bewirkt im Verein mit dem seborrhoischen Katarrh oft das Bild der Rosacea, welche durch Bekämpfung derselben dann zur Heilung gebracht werden kann. 3. Pityriasis (schuppiger Fleck) ist der Ausdruck der Parakeratose; sie tritt als Pityriasis capitis diffus, oder als Pityriasis alba umschrieben vor. Der schuppende Fleck, oft übersehen und stets wenig beachtet, bildet gerade eine Elementarform des seborrhoischen Katarrhs.

Zu den zusammengesetzten Elementarformen (Synanthema) zählt Unna: 1. Typus circumcisus, umschnittener Fleck. Sitz: nur obere Rumpfhälfte, besonders Sternalgegend. Das schon von Besnier gekennzeichnete Bild zeigt bis linsengrofse, gelbgraue, gelbrote bis braunrote zahlreiche, gleichmäfsig zerstreute Flecke, rauh oder mit feinen, trockenen oder fettigen Schüppchen bedeckt; scharf abgesetzter Rand, hin und wieder mit ringförmiger, feiner Kruste bedeckt; wo diese entfernt ist, eine ringförmige, feine Vertiefung. Zuweilen konzentrische Ausdehnung, niemals einseitiges, serpiginöses Fortschreiten. 2. Typus petaloides (blumenblattähnliche Macula und Papel). Sitz: meist Sternalgegend, zuweilen Ausdehnung auf Rumpf und Extremitäten. Wilson nannte es früher: Lichen cumulatus serpigi-

nosus. Makulöse oder flach papulöse Efflorescenzen linsengrofs, gelbrot, mit Schuppen bedeckt, mit Neigung zur exzentrischen Ausbreitung. Es entstehen einseitig offene Ringe, Halbringe, zerklüftete Kreissegmente. Der Rand fällt aufsen steiler ab, als innen, ist gelbrot; die Follikeltrichter weisen den Höhepunkt der Entzündung auf, deshalb sieht man am Rande rundliche Vorsprünge. Die zentrale Zone der Abheilung zeigt spezifische Gelbfärbung, ist etwas eingesunken, meist glatt und matt. — Parakeratose, Akanthose und Gelbfärbung treffen zusammen.

3. Typus nummularis (münzenförmige Papel). Sitz: ganzer Körper. Besonders bei universeller, akuter und chronischer Proruption vertreten. Rund oder oval, 1—2 und mehr Zentimeter im Durchmesser haltend, zuerst flach erhaben, sanft abfallend, später schärfer abgesetzt und stärker prominierend; Farbe anfangs gelbrot, später dunkler; Jucken nur beim Schwitzen; stets Schuppen oder fettige Krusten, Ausbreitung durch langsames Fortkriechen ohne stärkere Entzündungserscheinungen; besonders an der Stirnhaargrenze Vereinigung zu rosenkranzförmigen Schnüren (Corona seborrhoica). Zuweilen seröse Sekretion an der Oberfläche; wo diese stärker ist, fehlen die Krusten und Schuppen, jedoch betrifft das Nässen niemals alle kranken Stellen, so dafs noch rein nummuläre Formen vorhanden sind. Starke Parakeratose, bedeutende Seborrhoe, erhebliche Epithelwucherung bewirken diese Form.

4. Typus annularis (ringförmige Papel); derselbe entsteht durch serpiginöses Fortschreiten des nummulären Typus und ist oft von circinärer Psoriasis zu trennen.

5. Typus concretus (Talgkonkretionen auf entzündlicher Basis). Seborrhoische Auflagerungen, ähnlich gelben, gelbroten, bräunlichen, oder selbst schwärzlichen Wachsplättchen, fest haftend auf normaler oder feuchter Hornschicht. Dauernde Alopecie, hypertrophische, klaffende Talgdrüsen; besonders bei älteren Leuten.

Das bunte Bild wird kompliziert durch allgemein, ekzematöse Veränderungen, Alopecie, Nagelanomalien (selten). Bei sehr starker Entwickelung des Prozesses entwickelt sich die Pityriasis rubra seborrhoica (Status: exfoliativus malignus), die marastisch das Ende herbeiführen kann.

Therapie: Die allgemeinen Sätze der Ekzembehandlung gelten auch hier; schwere Fälle trocknen, seborrhoische Ekzeme weichen schnell der antipsoriatischen Behandlung. Für Pityriasis capitis am besten die Schwefelpomade (1,0—3,0 : 30,0) [2 mal wöchentlich nach Waschung mit Spiritus saponatus einzureiben]. In schwächeren Fällen 2—5% Resorcinpomade (eventuell mit Sublimat oder 1% Schwefel oder 1% Zincum sulfo-carbolicum); in stärkerem Zusatz von 2—10% Kantharidentinktur zur Schwefelpomade. Bei krustösen Papeln auf behaartem Kopf etc. Pastenbehandlung:

Zinc. oxyd.	6,0
Sulf. praecipit.	4,0
Terr. silic.	2,0
Adeps benzoat.	28,0

Mf. *pasta zinci sulfurata.*

2—3 mal täglich, nach Waschung mit Spiritus saponatus, energisch einzureiben; eventuell Zusatz von 5—10% Ichthyol (hyperämische Formen), 5—10% Resorcin (anämische Formen).

Bei stärkerer Epithelwucherung Chrysarobin:

Chrysarobin.	5,0
Acid. salicyl.	2,0
Ichthyol.	5,0
Vaselin. flav.	88,0

Mf. *ung. chrysarobin. compos.*

2 mal täglich einzureiben; wollenes Unterzeug, resp. Watte und Guttaperchapapier.

Bei reizbarer Haut Resorcin-Dunstumschläge:

Resorcin.		
Glycerin.	āā	10,0
Spirit.		180,0

DS. mit vier Teilen Wasser (oder Kamillenthee) verdünnt.

Bei universellem Ekzem in Resorcinwasser getauchtes Hemd, darüber Einwickelung in wollener Decke; am Tage Zinkschwefelpaste. Bei nässenden Formen der Kinderköpfe neben der Zinkschwefelpaste noch Zinkichthyolsalbenmull.

Bei seborrhoischer Rosacea Schälpaste:

Zinc. oxyd.	4,0
Terr. silic.	1,0
Adipis benzoat.	15,0
Resorcin.	20,0

DS. Schälpaste.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von Krebs des Mundes, gefolgt von einer ausgedehnten Ulceration der Wange und Ankylose des Kiefergelenks, von J. W. Cousins-London. (*Brit. med. Journ.* 8. April 1893.) Der Fall betrifft ein 10jähriges Mädchen, welches im Anschlufs an einen schweren Typhus eine destruktive Ulceration in der rechten Wange bekam. Bei der Aufnahme zeigte die Patientin eine markstückgrofse Perforation der Wange, durch welche einige Zähne sichtbar waren. Dichtes Narbengewebe in der Umgebung der Öffnung hatte die Kinnladen so fest aneinandergeschlossen, dafs das Kind nur mit Mühe ernährt werden konnte. Die zumeist operative Behandlung war darauf gerichtet, vor allem die Ankylose zu beseitigen. Der Erfolg war gut, und die Patientin wurde in sehr gebessertem Zustande entlassen.

C. Berliner-Aachen.

Zur Behandlung des Gesichtskrebses durch Elektrolyse, von Inglis Parsons-London. (*Sem. méd.* 1893. No. 44.) Durch Elektrolyse hat Verfasser acht Fälle von Ulcus rodens geheilt. Die Methode hat vor der Galvanokaustik den Vorzug, dafs sich die Wirkung auf die kranke Stelle beschränkt. Starke Batterie, Nadeln mit nicht isolierten Platinspitzen werden benutzt. In der Narkose werden die Nadeln hintereinander an verschiedenen Stellen eingestochen und so successive die ganze Neubildung zerstört. Die Stromstärke kann auf 300—400 M. A. gesteigert werden; zweckmäfsig ist es, die Stromrichtung zu wechseln. Dauer und Zahl der Sitzungen ist abhängig von der Ausdehnung des Übels; bei kleinen Geschwüren genügt eine Sitzung von 15—30 Minuten, bei gröfseren sind 2 bis 3 Sitzungen nötig. Weder Schmerzen noch Depressionszustände sind beobachtet. Nachbehandlung mit antiseptischen Waschungen und Schutzverband. Nach acht Tagen bedeckt sich die Wunde mit guten Granulationen, und es tritt schnelle Heilung ein, die eventuell

durch Transplantationen beschleunigt werden kann. Einige nach 1—1½ Jahren aufgetretene Recidive schwanden dauernd nach erneuter Anwendung der Elektrolyse.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Darier hat mit bestem Erfolge das **Methylblau und die Chromsäure bei oberflächlichen Epitheliomen des Lides** angewendet. Die kranken Partien werden zu diesem Zwecke von Krusten etc. befreit und mit 10%iger Kokainlösung anästhesiert. Nacheinander werden mittelst Pinsel Methylblaulösung (1: Alkohol und Glycerin āā 5), mittelst Stahlstilet 20%ige Chromsäure, dann wiederum Methylblau aufgetragen. Hierauf Reinigung der Randpartien von Farbstoffüberschufs und Sublimatkompressen zur Vermeidung von Krustenbildung. Die Procedur wird noch 4—5 mal mit Zwischenräumen von 2—3 Tagen wiederholt, dann während drei Wochen bis zwei Monaten nur noch Methylblau benutzt. Der Erfolg wird als prompt eintretend und brillant bezeichnet; die Narben fallen glatt aus und sind wenig sichtbar. Jedenfalls ist die Methode in den Fällen relativ längerer Epitheliome, wo die Operation verweigert wird, indiciert. (*Presse méd. belg.* 1893. No. 30.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Über die Behandlung von Warzen, von Kaposi. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1893. No. 9.) Vereinzelte Warzen entfernt man mit dem scharfen Löffel; die Blutung stillt man durch Kompression oder durch Ätzung. Bei ausgedehnter Erkrankung oder Sitz im Gesicht ist das Betupfen mit rauchender Salpetersäure oder Tinct. Thuyae zu empfehlen. Bei kondylomatösen Wucherungen ist das Bestreuen mit Resorcin oder Salicylsäure oder das Auflegen von entsprechenden 10—20%igen Pflastern zweckmäfsig. Man mufs diese Mittel, um Ätzungen zu vermeiden, aber aussetzen, bevor die Warzen vertieft sind. Bei zahlreichen kleinen Warzen, besonders im Gesichte, sucht man sie durch Auflegen von Sapo viridis zum Schrumpfen zu bringen, bis die Haut gerötet ist und runzelig wird. Dann entfernt man das Pflaster, ohne zu waschen, und wartet, bis die Borke nach ca. 8 Tagen abfällt, worauf das Ganze geheilt ist. Geeignet in solchen Fällen ist auch, die Essigsäure in folgender Form (Acid. acet. concentr. pur. 10,0, Flor. sulphur. 20,0, Glycerin 50,0), einzupinseln, oder auf Leinwand gestrichen aufzulegen; das wird mehrere Abende wiederholt, ohne zu waschen. Resorcinpflaster im Gesicht anzuwenden, ist gefährlich, weil es leicht Narben macht. (Kann doch wohl nur bei ganz unachtsamer Anwendung eintreten. D. Ref.) Bei den Keratosen der Flachhand legt man Salicyl- oder Resorcinpflaster auf. Die Naevi mollusciformes behandelt man am besten mit Elektrolyse; 1—2 M. A., ½ Minute, negativer Pol; Wiederholung nach 8—14 Tagen. Bei sehr grofsen Naevis Galvanokauter oder Ätzmittel. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einseitige Hypertrophie des Gesichtes, von D. W. Montgomery. (*Med. News* 15. Juli 1893.) Es handelt sich in diesem Falle um einen 31jährigen robusten und sonst ganz gesunden Mann, ohne hereditäre Belastung. Mit zwei Jahren an schwerem „Gehirnfieber“ gelitten und mit etwa acht Jahren ein schmerzhafter Abscefs an der linken Wange. Im zehnten Lebensjahre machte sich der Beginn des Leidens durch eine Verdickung des Zahnfleisches auf der linken Seite bemerkbar. Vorher war nie etwas Abnormes wahrgenommen worden, und auch die Photogramme aus früheren Jahren lassen keine Ungleichheit erkennen. Jetzt besteht eine erhebliche Verdickung sowohl der Haut, als der Knochen der ganzen linken Gesichtshälfte, fast accurat in der Medianlinie abschneidend. Eine entschiedene kosmetische Besserung wurde durch Excision einiger Hautstücke erzielt. Die mikroskopische Untersuchung der letzteren zeigte eine enorme Vermehrung der Talgdrüsen, reichliche Rundzelleninfiltration in der Umgebung der Blutgefäfse und auffallende Brüchigkeit der Haut im allgemeinen, welch letztere Abnormität auch beim Operieren schon auffiel. Ein bestimmtes

ätiologisches Moment war nicht aufzufinden. In der Litteratur sind bisher nur neun ähnliche Fälle verzeichnet; sieben derselben waren kongenital. *Philippi-Nicheim.*

Über einen Fall von Makrocheilie durch Adenome der Lippenschleimdrüsen, von Eugen Fränkel. (*v. Langenbecks Arch.* Bd. XLIV. Heft 1.) Makrocheilie entsteht nach den bisher mitgeteilten Krankengeschichten meist durch entzündliche Prozesse, wie sie mit Vorliebe an den Oberlippen skrophulöser Individuen vorkommen; ferner häufig durch Auftreten echter, meist angeborener Geschwülste lymphangiektatischen oder lymphangiomatösen Charakters, die ebenfalls meist die Oberlippe betreffen; seltener ruft primäre Erkrankung der Lippenschleimdrüsen Makrocheilie hervor; so hat Volkmann fünf Fälle von entzündlichen Veränderungen dieser Drüsen beschrieben (drei hatten Syphilis in der Anamnese), die zu Makrocheilie der Unterlippe geführt hatten. Einen Fall von wahrer Geschwulstbildung dieser Drüsen in der Unterlippe beschreibt Verfasser. Der 19jährige junge Mann hatte eine seit dem vierten Lebensjahre bestehende Dickenzunahme der Unterlippe, die mit glatter Schleimhaut bis zum Kinn herunterhing und beständig mit einer aus konfluierenden Tropfen gebildeten zähen Flüssigkeit bedeckt war. Die Konsistenz war normal. Bei der Operation, die durch eine dem Lippenrot parallel verlaufende Keilexcision vorgenommen wurde, quollen beim Einschneiden eine ganze Reihe perlschnurartig aneinandergereihter Tumoren vor, die sich stumpf herausschälen liefsen. Excision, Naht, glatte Heilung mit kosmetisch schönem Resultat. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die einzelnen Acini der Drüsen nirgends hypertrophisch, nirgends cystisch waren, so dafs man also die vorliegende Affektion als auf Adenombildung beruhend ansehen mufs. Einen ähnlichen Fall hat ein amerikanischer Arzt beschrieben, doch war hier die Schleimhaut stark in Wucherung geraten, so dafs jedenfalls nebenbei entzündliche Prozesse vorlagen.

Verfasser möchte ätiologisch seinen Fall darauf zurückführen, dafs der Unterkiefer den Oberkiefer um ein Beträchtliches überragte, so dafs die Schleimhaut jahrelang exponiert und zu stärkerer Thätigkeit angeregt war. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von schmerzhaftem, subkutanem Neurofibrom, von J. A. Cantrell-Philadelphia. (*Journ. of the Americ. Medic. Association.* 12. April 1890.) Der Fall betrifft einen 29jährigen Farmer, der sich früher einer ausgezeichneten Gesundheit erfreute. Mit Ausnahme einer Schwester hatte kein Mitglied seiner Familie eine ähnliche Krankheit.

Vor etwa 14 Jahren bemerkte er zum ersten Male auf dem linken Arme einen kleinen, runden Knoten, der unerträglich juckte, aber keine Schmerzen verursachte. Dieser Knoten wuchs langsam, aber stetig, bis er in 4 Jahren etwa die jetzige Gröfse erreichte; gleichzeitig entstanden neue Knoten sowohl auf dem linken, wie rechten Arme. Schmerzhaft wurden dieselben erst etwa 4 Jahre nach dem Auftreten des ersten Knotens. Die Knoten liegen beiderseits in der Gegend des Musculus deltoides, sind stecknadelkopf- bis erbsengrofs und ragen etwa 2—5 Linien über das Niveau der Umgebung hervor. Die Haut über denselben ist straff, doch zart, etwas heller, als normal. Die Epidermis erscheint intakt.

Die Schmerzen, welche die Knoten bereiten, werden zeitweilig ganz unerträglich und verleiden dem Patienten das Leben. Sie treten meist in Paroxysmen, ähnlich wie Zahnschmerzen, auf, halten 15—30 Minuten an, werden intensiver in der Nacht, auf Druck und durch Reibung. Die Witterung, beispielsweise Sturm, scheint keinen wesentlichen Einflufs auszuüben. Verfasser zieht vergleichshalber ähnliche Fälle aus der Litteratur heran. *C. Berliner-Aachen.*

Über Lymphom der Conjunctiva, von WILH. GOLDZIEHER. (*Wien. med. Woch.* 1893. No. 32.) Dieses Leiden ist nicht so selten, wird aber frisch oft als Trachom angesehen, mit Ätzmitteln behandelt, wodurch sich das Krankheitsbild verwischt. Unter Lymphombildung am Halse entsteht eine hochgradige Conjunctivitis mit kolossaler Follikelwucherung; Verfasser sah immer nur ein Auge befallen. Starke Lidschwellung und Hyperämie der Conjunctiva, follikuläre Knöpfe und Vegetationen, manchmal hahnenkammartig hervorspringend, daneben kleinere, sulzige Follikel charakterisieren das Leiden. Beim Trachom sind die Follikel niemals so grofs (linsen- bis bohnengrofs). Die Halsdrüsen bilden grofse Lymphompackete. Das Leiden verläuft schnell, endet in Heilung, führt nie zur Geschwürsbildung. Tuberkulose ist besonders durch Tierimpfungen auszuschliefsen.

Die Behandlung ist eine chirurgische: Abtragung der Knoten mit der Schere, Zerstörung der kleinen Follikel mit dem Galvanokauter, darauf Sublimatwaschungen (1°/oo). Vielleicht erklären sich die Lymphome der Orbita durch Hineinwucherung der Conjunktivafollikel in dieselbe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über infektiöse Angiomata, von HUTCHINSON. (II. Intern. Kongrefs f. Derm. u. Syphilis zu Wien 1892.) H. demonstriert Photographien eines 18jährigen Mädchens, das in der Kindheit am Rande der Achselhöhle einen Naevus bekam, der excidiert wurde. Bald zeigten sich in der benachbarten Haut Bündel von Blut und Lymphgefäfsen, die sich durch Infektion auf die ganze obere Hälfte der Mamma ausdehnten. H. hat von dieser seltenen Erkrankung 12 Fälle gesehen: manchmal ist zuerst ein angeborener Naevus vorhanden. Anatomisch handelt es sich um Lymphangiomata, klinisch ist Ähnlichkeit mit Lupus vorhanden, und dementsprechend ist auch die Therapie: Excision, Auskratzung, Kauterisation. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Lehre von der Tuberkulose der Nebennieren und ihren Beziehungen zu der Addisonschen Krankheit, von H. ALEZAIS und F. ARNAUD. (*Rev. de méd.* 1891.) Die Verfasser kommen aus ihren Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Bei der Addisonschen Krankheit findet sich fast konstant eine pathologische Veränderung der Nebennieren.

2. Meist sind diese Veränderungen tuberkulöser Natur. Die Verkäsung der Nebennieren, die häufigste Affektion, ist nichts anderes, als eine weit vorgeschrittene Nierentuberkulose.

3. Die Zerstörung des Grundgewebes der Nebennieren ist für sich allein nicht im stande, die Bronzekrankheit zu erzeugen; die Affektion bleibt symptomlos, solange sie das Drüsenparenchym nicht überschritten.

4. Der ADDISONsche Symptomenkomplex steht im Zusammenhange mit der Alteration der Ganglien des Sympathicus, welche sich in der fibrösen Umhüllung der Nebennieren vorfinden (perikapsuläre Ganglienzellen). Die nervösen Störungen können einzig und allein durch dieselben bedingt, Plexus solaris und Ganglia semilunaria intakt sein.

5. Diese Interpretation erklärt besser als jede andere:

a) warum die Addisonsche Krankheit doch einigermafsen an eine Affektion der Nebennieren gebunden ist, vorausgesetzt, dafs die Peripherie des Organs in Mitleidenschaft gezogen ist;

b) wie Nebennierenerkrankungen ohne den ADDISONschen Symptomenkomplex bestehen können;

c) die fast immer tuberkulöse Natur der Nebennierenerkrankung bei der Bronzekrankheit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Morbus Addisonii mit Stoffwechseluntersuchung, von KOLISCH und PICHLER. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 12.) Der berichtete Fall von Morbus Addisonii betraf einen 29jährigen Menschen, der das typische Bild des Leidens zeigt. Als selten ist nur hervorzuheben, dafs auf der Wangenschleimhaut bräunliche, schnell vergängliche Petechien auftraten. Aus den sorgfältigen Stoffwechseluntersuchungen geht hervor, dafs der Patient, der sich in einem nicht vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung befand, sich in Bezug auf die Ausnutzung der Nahrung (stickstoffhaltige und Fette) und in Bezug auf Eiweifszerfall vollständig wie ein normaler Mensch verhielt, ja sogar eine Neigung zum Ansatz von Eiweifs zeigte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gegen Sommersprossen werden (*Dtsch.-amerik. Apothekerztg.* 1893. No. 5.) empfohlen: Eine Lösung von 10%iger Milchsäure 7,0, in dreifachem Rosenwasser 175,0. Noch besser soll wirken das Oriental-Extrakt, bestehend aus

Sublimat	0,1—0,5
Ammoniumchlorid	3,75
Glycerin	5,0
Aq. Rosar. q. s. ad	75,0

Vor der Anwendung wird das Gesicht mit lauem Wasser gewaschen und abgetrocknet, worauf das Extrakt sofort mit einem weichen Tuch oder einem Stückchen Verbandwatte aufgestrichen wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Der Coitus reservatus, eine Ursache der sexuellen Neurasthenie bei Männern, von A. EULENBURG-Berlin. (*Pacific Record.* Mai 1893.) PEYER hat die Hypothese aufgestellt, dafs der unvollständige Nachlafs der Erektion an erster Stelle zu einem chronischen Reiz- und Erschlaffungszustande in der Pars prostatica urethrae führt, die ihrerseits den pathologisch-anatomischen Boden für die entstehende Neurasthenie abgiebt. Es ist aber auch wahrscheinlich, dafs der Coitus interruptus („Onanismus conjugalis") direkt das Rückenmarkscentrum schädlich beeinflufst. Aus demselben Grunde können Frauen nervenkrank werden. Meistens jedoch nimmt die infolge des wiederholt geübten Coitus reservatus entstandene Neurasthenie einen milden Verlauf und kann nach Beseitigung des ursächlichen Momentes vollständig geheilt werden. *C. Berliner-Aachen.*

Merkwürdiger Fall von kreisförmiger Umschnürung des Penis mit konsekutiver Elephantiasis, von F. J. SHEPHERD. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* April 1893.) Ein 15jähriger Knabe hatte mit drei Jahren durch einen Fall eine ausgedehnte Zerreifsung der unteren Hälfte des Penis, sowie der Urethra ca. einen Zoll weit vom Ansatz erlitten. Der Rifs schlofs sich nicht, und der Urin fliefst seitdem nur durch den proximalen Teil der Harnröhre ab. Seit einem Jahre hat das Narbengewebe angefangen, zuzunehmen, und der vordere Teil des Penis hat sich, wie das beigegebene Photogramm zeigt, elephantiastisch ganz bedeutend verdickt. Amputation wurde als das einzig Zweckmäfsige vorgeschlagen, aber vom Patienten verweigert.

Philippi-Nieheim.

Wie man die Quelle des blutigen Urins entdeckt, und was man dagegen thut, von L. BOLTON BANGS. (*New York med. Record.* November 1892.) Bei Besprechung der Diagnostik der Hämaturie weist Verfasser darauf hin, dafs hellrotes Blut auch aus der Niere, gleichmäfsig mit Blut gemischter, dunkler Urin auch aus der Blase stammen kann. Neben dem GUYONschen Cathétérisme en deux temps empfiehlt B. auch, die Expression der Nieren zu versuchen. Ausspülung der Blase, Liegenlassen des Katheters

bimanueller Druck auf Niere und Ureter. Der jetzt entleerte Urin mufs sofort auf Nierenelemente untersucht werden.

Schliefslich wird ein Fall von Hämaturie berichtet, bei dem die Untersuchung des Fingerblutes Malaria als Ursache ergab; Heilung durch Extr. hamamelis virgin. und Chinin. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung der Incontinentia urinae, von Townsend. (*Boston. med. and surg. Journ.* 1892.) Unter 100 Fällen von Incontinentia urinae der Kinder fand Verfasser 69 mal die Ursachen auf, die er in drei Rubriken einteilt:

1. Kleiner Meatus. Incision und folgende Dehnung.
2. Sekretansammlung hinter der Eichel mit oder ohne Adhäsionen des Präputiums.
3. Starker Gehalt an harnsauren Salzen im Urin.

Vorhandene Dyspepsie mufs mitbehandelt werden, vornehmlich mit Karlsbader Salz. Nur der zu Hause entleerte Urin soll zur Untersuchung verwendet werden, da der in Gegenwart des Arztes gelassene infolge von Aufregung diluierter ist. — Belladonna war oft nützlich, schützte aber nicht vor häufigen Recidiven.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Harnstein in der Pars membranacea urethrae nach Kontusion des Perineums, von Lewin. (*Ann. de la Soc. belge de Chir.* 1893. No. 2.) Einem 29jährigen Manne war ein grofses Stück Steinkohle auf das Becken gefallen, was ausgedehnte Sugillation der Perinealgegend und Urethrorrhagie zur Folge hatte, von der er sich teilweise nach einigen Monaten unter Zurückbleiben von Miktionsbeschwerden erholte. Später trat auf eine plötzliche Bewegung hin vollständige Harnretention ein mit Harninfiltration und Bildung multipler Fisteln. Urethrotomia externa; von jetzt an uriniert Patient nur noch durch das Perineum. Sechs Jahre später fand sich bei der Untersuchung ein 13 cm langer und 12 cm breiter Phosphatstein in der Pars membranacea, der sich offenbar extravesikal gebildet hatte. Operation, Heilung.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Essigsäure - Ferrocyankaliumreaktion im Harn (Schäffers Nitritreaktion), von J. P. Karplus. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 28.) Bei der Eiweifsprobe mit Essigsäure und Ferrocyankalium entsteht sehr häufig im angesäuerten Harn auf Zusatz der ersten Tropfen Ferrocyankalium mit oder ohne Eiweifstrübung eine intensive Gelbfärbung, deren Ursache Verfasser zu ergründen sucht. Er stellte nun zunächst fest, dafs diese Reaktion nicht eintritt bei unmittelbar nach der Entleerung untersuchtem Urin. Sodann bewies er durch andere Proben, dafs die Reaktion der von Schäffer für Nitrite angegebenen entspricht und auf Ferrocyankaliumbildung durch Nitrite zurückzuführen ist.

Bei der Prüfung ikterischer Harne konnte dann festgestellt werden, dafs das Grünwerden auf Säurezusatz nicht nur auf Biliprasin, sondern auch auf Nitriten beruhen kann, deren Vorhandensein ausgeschlossen werden mufs, wenn man aus der Grünfärbung auf Gallenfarbstoffgehalt schliefsen will. Die Fähigkeit, Nitrate zu Nitriten im Harne zu reducieren, kommt auch vielen Bakterien zu, es finden die Nitrite sich deshalb besonders in zersetzten Harnen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinischer Vortrag über 100 Fälle von Tumoren der Harnblase, von E. H. Fenwick. (*Brit. med. Journ.* 10. Juni 1893.) In dieser interessanten, wenn auch nicht das Gebiet erschöpfenden Abhandlung berichtet Verfasser, bekanntlich einer der Vorarbeiter auf diesem Felde in England, über einige der wichtigsten Resultate, die er an einem Material von mehr als hundert Fällen gesammelt hat. Er bespricht den klinischen Verlauf, Diagnose, die Affektionen, welche einen Blasentumor vortäuschen

können, ferner die Therapie und die gewöhnlichen therapeutischen Mifsgriffe, die Resultate der Behandlung und namentlich das Verhältnis der Recidive. In tabellarischer Zusammenstellung sind die Resultate von 24 Operationen mitgeteilt; 21 Patienten wurden geheilt; zwei starben bald nach der Operation und einer drei Monate nachher an Recidiv. Wieviele von den übrigen Kranken definitiv kuriert sind, kann wegen der Kürze der seit der Behandlung verflossenen Zeit nicht bestimmt angegeben werden, doch ist die eine Frau (Fibropapillom) bereits über 4 Jahre gesund geblieben. Das Wesen der entfernten Geschwülste konnte auch mittelst mikroskopischer Untersuchung nicht immer bestimmt festgestellt werden; vielleicht waren etwa 20 benigner Natur. Seine günstigen Resultate führt Verfasser hauptsächlich auf die sorgfältige Auswahl geeigneter Fälle zurück und betont nochmals die Wichtigkeit der cystoskopischen Untersuchung, die aber allerdings auch nicht unfehlbar oder allmächtig sei.

Philippi-Nieheim.

Zur Kasuistik der spastischen Aspermie, von Max Schlifka. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 26.) Das Fehlen der Ejakulation während des sonst normalen Coitus beruht wohl nur sehr selten auf einem Versiegen der Sekretion der samenbereitenden Organe und der accessorischen Drüsen; in den meisten Fällen handelt es sich um ein mechanisches Hindernis in den samenleitenden Wegen (symptomatische Aspermie) oder eine Störung des reflektorischen Vorganges (funktionelle Aspermie). Die symptomatische Aspermie ist zurückzuführen auf narbige Verziehungen, wie sie nach gonorrhoischen Vorgängen in der Prostata eintreten können, oder um sehr enge Strikturen, Tuberkulose und Hypertrophie der Prostata, Prostatasteine, Traumen (auch nach perinealem Steinschnitt), angeborenen Mangel der Ductus ejaculatorii. Atrophie, Degeneration des Hodens können nur Azoospermie erzeugen. Die funktionelle Aspermie kann permanent oder temporär sein; es tritt ein Spasmus der Konstriktoren der Harnröhre oder der glatten Muskulatur der Ductus ejaculatorii ein, oder es findet unter dem Einflufs psychischer Momente eine Hemmung der Kontraktion der Muskelfasern der Samenbläschen statt. Für erstere Erklärung spricht der angeführte Fall, der allerdings nicht ganz einwandsfrei erscheint. Betroffen sind nervöse, an sexueller Neurasthenie leidende Menschen. Von Guelliot wird die Möglichkeit einer spastischen Aspermie bestritten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den hämorrhagischen Infarkt des Hodens sprach Englisch in der Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung vom 2. Juni 1893. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 24.) Darunter versteht man einen Blutaustritt zwischen den Samenkanälchen infolge von Thrombose der Venen des Samenstranges. Beobachtet sind zwei Fälle aus der Volkmannschen Klinik, ein Fall aus der Maasschen Klinik und drei von dem Vortragenden. In fünf von diesen Fällen wurde durch die Operation die Diagnose bestätigt. Die Erscheinungen sind: Plötzliches Auftreten einer Schwellung des Hodens, weniger des Nebenhodens und Bildung eines harten Stranges am Samenstrang ohne bekannte Veranlassung. Bei höheren Graden Fieber, Verfall des Kranken, peritoneale Erscheinungen. Schwellung nie sehr bedeutend, Form unverändert, geringe Hydrocele aucta. Die Thrombosierung der Venen ist das wichtigste Zeichen. Im weiteren Verlauf atrophiert der Hoden. Meistens ist bei jugendlichen Individua der linke Hoden betroffen. Schon bei Neugeborenen fand E. neben Hämatom des Samenstranges hämorrhagische Infarkte des Hodens. Miflet sah ähnliche Symptome nach Unterbindung des Plexus pampiniformis. Nicoladoni führt die Torsion des Samenstranges neben Kryptorchismus als Ursache an, jedoch spricht die Inversio testis, die Lage der Gefäfse nebeneinander dagegen. Als Ursache könnte vielleicht eine Infektion angenommen werden. Kontusion, Metastasen sind auszuschliefsen. Die Behandlung er-

fordert strenge Antiphlogose, später Resorbentien. Wo keine Resorption eintritt, ist Spaltung des Hodens am Platze. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kastration eines durch Torsion nekrotischen Leistenhodens, von E. Anders. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1892. No. 47.) Die linksseitige Leistengeschwulst bei einem 13jährigen Knaben erwies sich bei der Operation als der eingeklemmte gangränescierte Hoden, der nach Lösung der Einklemmung spontan durch 1½malige Umdrehung eine Torsion des Samenstranges beseitigte. Kryptorchismus führt letztere herbei. Nicoladoni und Kocher sehen eine weitere Torsionsmöglichkeit in der Trennung des Gefäfs- und Vas-deferens-Stranges; durch die verschiedene Insertion kommt eine ausgiebigere Drehung zu stande. Anders empfiehlt eine frühzeitige Operation und Entfernung des Hodens; die Reposition in die Bauchhöhle ist natürlich stets verwerflich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Torsion des Samenstranges mit Strangulation des Hodens, von Barker (*The Lancet.* 8. April 1893.) Der 15jährige Knabe will seit einem Jahre einen Bruch haben, der den 2. März heraustrat und sich nicht mehr reponieren liefs Befund den 9. März: Fieber, Hoden 2 Zoll unter dem Leistenring stark vergröfsert, fühlbar, über ihm eine in den Leistenkanal reichende Geschwulst, die Haut ödematös, dunkel verfärbt. Bei der Eröffnung findet man den nekrotisierenden Hoden, dessen Samenstrang drei halbe Drehungen zeigte. Keine Hernie. Kastration. In den wenigen bekannten Fällen handelte es sich stets um jugendliche Individua mit mangelhaft herabgetretenem Hoden mit oder ohne Hernie. Die Verdrehung scheint bisweilen durch die Repositionsversuche der vermeintlichen Hernie bewirkt zu sein. In zwei Fällen wurde der Hoden nicht entfernt; einmal trat Gangrän, einmal totale Atrophie ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beobachtungen über die Pathologie und pathologische Anatomie der mit Knotenbildung einhergehenden Cystitis, von S. Alexander-New York. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1893. No. 7.) In gewissen Fällen chronischer Cystitis sind, abgesehen von den gewöhnlichen Veränderungen, eine Anzahl von stecknadelkopf- bis erbsengrofsen, den solitären Lymphfollikeln des Intestinaltractus gleichenden Knoten in der Blasenschleimhaut beobachtet worden. Ihre Zahl, wie ihre Lokalisation ist in verschiedenen Fällen verschieden. Man hat ähnliche Knoten in dem hinteren Teile der Harnröhre, in den Ureteren, im Nierenbecken beobachtet, ohne der Frage näher zu treten, ob diese Lymphbildungen schon normalerweise in der Schleimhaut des Urinaltractus vorkommen oder als pathologische Bildungen aufzufassen sind.

Verfasser hat eine Anzahl derartiger Fälle von Cystitis beobachtet, die sämtlich durch intensiven Schmerz, sehr langsamen Verlauf und durch häufige Blutungen charakterisiert waren. In 10 dieser Fälle wurde die suprapubikale Cystotomie gemacht und die Knoten durch Auskratzen entfernt.

Verfasser beschreibt das makroskopische Aussehen einer solchen Blasenschleimhaut. Zumeist in dem unteren Teile derselben, in der Gegend des Trigonum, sieht man zahlreiche, verschieden grofse, gewöhnlich einzelstehende, seltener zu Gruppen vereinigte Knoten von roter und grauroter Farbe, umgeben von einem Hofe hämorrhagischen Extravasats. Die Knoten sind sehr gefäfsreich und bluten bei der leisesten Berührung.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt zunächst mehrschichtiges Epithel an der Oberfläche der Knoten, zwischen den Epithelzellen hie und da Leukocyten. Unterhalb des Epithellagers befindet sich aufserordentlich gefäfsreiches Bindegewebe, dicht infiltriert mit Zellen, die den gewöhnlichen Lymphzellen sehr ähnlich sehen. Nicht weit entfernt von der Oberfläche sieht man Herde von runder oder ovaler Gestalt,

welche ihrem Aussehen nach den solitären Follikeln der Intestinalschleimhaut gleichen. Es gewinnt den Anschein, dafs diese knotigen Bildungen bei einzelnen Fällen von chronischer Cystitis aus den vergröfserten Lymphknoten entstehen.

Verfasser zieht folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

1. Die Lymphknoten, welche in einzelnen Fällen von Cystitis vorkommen, bilden einen Teil der normalen Schleimhaut der Blase; dasselbe gilt auch von den knotigen Entzündungen der Nierenbecken, der Ureteren und der Urethra posterior.

2. Ist eine grofse Anzahl von Lymphherden in der normalen Schleimhaut vorhanden, so können dieselben bei Eintritt und bei längerer Dauer einer Cystitis sich beträchtlich vergröfsern und zu hervorragenden, gefäfsreichen Knoten werden.

Eine derartige Cystitis sollte als eine besondere Varietät angesehen werden, der die Bezeichnung „Knotencystitis“ beizulegen wäre.

3. In Fällen tuberkulöser Erkrankung der Blase, in welcher normalerweise zahlreiche Lymphherde vorhanden sind, werden diese gröfser und gehen degenerative Veränderungen ein, die der Tuberkulose charakteristisch sind.

4. Die Lymphherde in der normalen Schleimhaut wechseln sehr nach Zahl und Gröfse; prominierende Lymphknoten können auch in einer scheinbar normalen Blase ohne vorangegangene Entzündung vorkommen, doch ist dies eine seltene Ausnahme und es läfst sich dann nicht positiv bestimmen, ob die Vergröfserung der Knoten in diesen Fällen einen normalen oder pathologischen Zustand darstellen.

C. Berliner-Aachen.

Über die Extraurethrotomie bei impermeabler Striktur und über Katheterismus posterior, von O. Zuckerkandl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 12.) Wo nach Ausführung der Extraurethrotomie der Eingang zur Striktur nicht zu finden ist, mufs der Katheterismus posterior angewendet werden. Dazu macht man entweder die Epicystotomie oder man präpariert nach Dittel die jenseits der Striktur gelegene Pars membranacea urethrae nach Mastdarmablösung und sondiert dann die Striktur, nachdem man dieselbe aufgeschlitzt. Dieses letztere Verfahren ist sehr praktisch, aber technisch viel schwieriger, als die Sectio alta, erfordert genaue anatomische Kenntnisse und geschulte Assistenz. Es genügt nach Zuckerkandl zu dieser Operation die Verlängerung des Medianschnittes in der Raphe bis zum After. Zwei Krankengeschichten illustrieren die Ausführungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Prostataabscesse, von Otto Zuckerkandl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 28.) Die von Dittel 1874 angegebene Methode zur perinealen Blofslegung der Prostataabscesse erfordert die Mastdarmablösung: Einlegen eines dicken englischen Katheters, Einführung eines Jodoformgazetampons hoch in den Mastdarm, Steinschnittlage. Der linke Zeigefinger wird in den Mastdarm zur Kontrolle eingeführt, flachbogenförmiger prärektaler Schnitt, Durchtrennung der fibrösen Stelle, wo Sphinkterfasern und Bulbo-cavernosus sich begegnen, stumpfes Vordringen bis zur Prostata. Diese wird vom Mastdarm aus entgegengedrängt und dann der Abscefs durch Hohlsonde oder geschlossene Kornzange eröffnet und durch Öffnen der Kornzange das Loch erweitert. Drainage, Jodoformgazetamponade, Heilung in unkomplicierten Fällen in 6—8 Wochen. 13 Fälle sind seit der Publikation der Methode in dieser Weise operiert; die Krankengeschichten werden mitgeteilt. Verfasser kommt danach zu folgenden Schlüssen:

1. Abscesse der Prostata sollen niemals konservativ behandelt, sondern möglichst früh blutig eröffnet werden.

2. Diese blutige Eröffnung ist auch nach Spontandurchbruch in die Harnröhre indiciert, wenn kein Nachlafs der Krankheitserscheinungen erfolgt ist.

3. In den Fällen, wo der Prostataabscefs gegen den Damm durchgebrochen ist und dort Abscefs und Phlegmone erzeugt hat, genügt in der Regel die einfache Eröffnung des Dammabscesses nicht, sondern es mufs noch der Herd in der Prostata blofsgelegt werden.

4. Die Eröffnung des Prostataabscesses vom Mastdarm aus ist eine unzureichende Operationsmethode. (Nicht immer! Ref.)

5. Die Mastdarmablösung entspricht allen modernen Anforderungen einer Operationsmethode der Prostataabscesse; sie ist auch bei stattgehabtem Durchbruch in die Harnröhre, den Mastdarm, das Mittelfleisch von Erfolg.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Vulvitis in Verbindung mit gonorrhoischem Rheumatismus bei einem zweijährigen Kinde. (*Gaz. des Hôpitaux.*) Die Krankheit bestand seit 14 Tagen. Dieselbe begann mit einer akuten Entzündung der Vulva. Am neunten Tage zeigte sich am rechten Radiokarpal-Gelenke eine schmerzhafte Schwellung. Fieber, Albuminurie waren nicht vorhanden. Komplikationen von seiten des Herzens oder der Lungen fehlten. Die mikroskopische Untersuchung des Scheidensekrets ergab zweifellos Gonokokken. Unter der Behandlung mit Sublimat- und Argentum nitricum-Lösung verschwanden nach 14 Tagen die Gonokokken und mit ihnen die rheumatischen Symptome.

C. Berliner-Aachen.

Die Behandlung der Blennorrhoea neonatorum, von Boerne Bettmann. (*The Journ. of the americ. med. Assoc.* XXI. No. 7.) Zwei Typen unterscheidet der Verfasser, eine milde Form mit leichter, schleimig-eiteriger Sekretion und eine schwere, stürmisch, mit schwerer Eiterung verlaufende. In ersterem Falle genügen kalte Umschläge, zweistündliche Instillationen einer konzentrierten Borsäurelösung und täglich einmaliges Pinseln mit 1—2%igem Argentum nitricum. Bei heftigem Auftreten anfangs keine reizenden Mittel, stündliche Reinigung mit 1 : 5000 Sublimat, permanente Eisumschläge; sobald purulente Sekretion eingetreten, anfangs 2%-, später bei langsamer Besserung 8—10—15%ige Lösungen von Argentum nitricum. Sobald die Schwellung und Eiterung nachläfst, morgens und abends je zwei Stunden heifse Umschläge. Bei Kornealgeschwüren Ferrum candens oder Aufträufeln von 95%iger Karbolsäure auf das Geschwür. Zur Prophylaxe Reinigung der Genitalien der Mutter vor der Geburt mit 1%iger Karbolsäurelösung und Einträufeln von 2%iger Argentum nitricum-Lösung in die Conjunctiva des Neugeborenen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle seltener Lokalisation chronischer Blennorrhoe beim Weibe ausschliefslich in der Urethra, von Ernst Finger. (*Wiener med. Woch.* 1893. No. 32.) Die früher als seltenes Leiden geltende weibliche akute Urethritis erwies sich nach Entdeckung des Gonococcus als sehr häufig. Die chronische Urethritis blennorrhoica des Weibes wird aber gegenüber dem traurigen Krankheitsbilde der ascendierenden Gonorrhoe wenig beachtet; dieselbe ist aber nach dem Verfasser durchaus keine Rarität; sie kann auch akut exacerbieren und zur Urethrocystitis führen. Die Symptome sind mehr objektiver Natur und oft nur, wenn mehrere Stunden kein Urin gelassen ist, ein eitriges Schleimtröpfchen nachweisbar. Die Schleimhaut ist in Form von Flecken und Streifen gerötet, oder die Rötung, zum Teil mit leichter Erosion, umgiebt nur die Öffnung. In letzter Zeit hat F. zwei Fälle beobachtet, wo chronische Urethritis beim Weibe das einzige Zeichen chronischer Blennorrhoe war, die er eingehend schildert; in einem Falle war die Blennorrhoe vier Jahre alt, in anderen noch älter, dennoch waren typische Gonokokken vorhanden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über gonorrhoisches Fieber im Wochenbette bei einer innerlich nicht untersuchten Gebärenden, von Leopold. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No 33.) Von allen nicht innerlich untersuchten Gebärenden fiebern nach Leopolds Untersuchungen nur 1—2% im Wochenbette. Wo bei ihnen Fieber auftrat, wurde oft Gonorrhoe nachgewiesen. Einen reinen, derartigen Fall berichtet der Vortragende; aus demselben geht hervor, dafs die Gonokokken im Puerperium zu Belägen der Schleimhaut und Fieber führen können und daher, wo Fieber im Wochenbette auftritt, an Gonorrhoe, die auch latent sein kann, gedacht werden mufs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gonorrhoische Salpingitis, von Doederlein. (*Intern. klin. Rundschau.* 1893. No. 35.) Die 35jährige Frau hat in zehnjähriger Ehe unter neun Schwangerschaften acht ausgetragene Kinder geboren. Der Mann hatte lange vor der Ehe an Gonorrhoe gelitten, die aber bei der Verheiratung ganz ausgeheilt gewesen sein soll. Nach der sechsten Entbindung litt Patientin an einer schweren Unterleibsentzündung mit parametritischem Exsudat, das gut resorbiert wurde. Im März dieses Jahres wieder Entzündungserscheinungen, die schliefslich zur Entfernung der Tuben durch Laparotomie führten; in der rechten Tube Eiter, der zahlreiche Gonokokken enthielt. Diese fanden sich auch in der linken, sonst normal erscheinenden Tube. Erfahrungsgemäfs erkranken bei gonorrhoischer Infektion, wenn überhaupt, die Uterusanhänge beiderseits; es sollten also auf jeden Fall stets beide bei der Operation entfernt werden. Beim Nachforschen stellte sich heraus, dafs der Mann sich während des letzten Wochenbettes seiner Frau frisch inficiert hatte. Diese Infektion fand im Januar, die erste Kohabitation Ende Februar, die Operation Mitte April statt. Die Salpingitis war also sehr schnell der Infektion gefolgt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über vier Fälle von Rückenmarkserkrankung bei Gonorrhoe, von Th. K. Trapesnikow. (*Medicina.* 20. März 1893. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 59.) Bei den jugendlichen, bis 30 Jahre alten Patienten entstand kurze Zeit, nachdem sie eine Gonorrhoe acquiriert, zugleich mit mehr oder wenig ausgesprochenen Gelenkaffektionen eine Reihe von Erscheinungen, die auf Erkrankung des Rückenmarkes schliefsen liefsen. Störungen der Harnentleerung, Retention, Tenesmus, Schmerzhaftigkeit, Schmerzen in der Wirbelsäule und den Extremitäten, Gürtelgefühl, Neuralgien in beiden Ischiadicis, Sensibilitätsstörungen, Erhöhung der Sehnenreflexe und Muskelatrophien traten auf. In einem Falle gesellte sich Polyurie, in einem anderen hysteroepileptische Anfälle zu. Zweimal war die erste Gonorrhoe, in den übrigen Fällen die wiederholte Ursache der Erscheinungen. Verfasser führt dieselben auf ein spezifisches, gonorrhoisches Virus zurück, das allerdings meistens durch die Widerstandsfähigkeit des Organismus unschädlich gemacht wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pyelonephritis blennorrhagica, von H. Breitenstein. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 33.) Ein 22jähriger Mann, der an Fieber gelitten, bekam sechs Tage nach einem Coitus Schmerzen in der rechten Regio hypogastrica, Fieber, Erbrechen, starke Albuminurie, Pyurie; gleichzeitig entwickelte sich gonorrhoischer Ausflufs. Verfasser glaubt nun, beides auf dieselbe Ursache zurückführen, die Nephritis als eine akute, blennorrhagische auffassen zu können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Welchen Wert hat die mikroskopische Gonokokkenuntersuchung? von Prof. Neisser. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 29.)

1. Wir können dadurch konstatieren, ob ein Schleimhautsekret noch gonorrhoisch infektiös ist, oder ob diese Sekretproduktion nur der Ausdruck einer nicht mehr infektiösen Entzündung ist.

2. Wir stellen fest, ob eine frische Infektion stattgefunden, oder ob ein rekrudes-

cicrender, älterer entzündlicher Prozeſs vorliegt, der seinerseits entweder noch gonorrhoischer Natur sein oder auch nach Beseitigung aller Gonokokken sich einstellen kann.

Hinsichtlich der Prophylaxe und Therapie sind wir durch die mikroskopische Untersuchung der Gonokokken im stande, Gonorrhoekranke teils durch Belehrung, teils durch Zwang (Prostituierte) zu verhindern, ihr eigenes infektiöses Leiden weiter zu verbreiten. Die Therapie muſs fortgesetzt werden, bis wirklich alle Gonokokken entfernt sind.

Der durch die Gonokokkenuntersuchung geschaffene Fortschritt der Gonorrhoetherapie die methodische, durch mikroskopische Untersuchung der gonorrhoischen Eitersekrete erfolgende Kontrolle des Behandlungserfolges hat in erfolgreichster Weise die ätiologische antibakterielle Therapie an die Stelle der symptomatischen gesetzt. An Stelle der Adstringentien sind gonokokkentötende Mittel (Silber- und Hg-Salze, Ichthyol etc.) getreten. Ferner kann man verhüten, daſs eine chronische aus der akuten Form sich entwickelt, und die Verhütung chronischer Ansteckungsquellen durch richtige Behandlung der akuten Formen ist die wesentliche, vielleicht einzige Prophylaxe gegenüber der weiteren Verbreitung der gonorrhoischen Infektionen. Neisser kommt überhaupt zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist nicht daran zu zweifeln, daſs die Gonokokken die Ursache der Gonorrhoe sind.

2. Die Diagnose der (männlichen wie der weiblichen) Gonorrhoe kann in sehr vielen Fällen auch ohne jede Zuhülfenahme der Gonokokkenuntersuchung, nur durch die Beobachtung der klinischen Symptome gestellt werden.

3. Aber in sehr zahlreichen, besonders in allen chronisch verlaufenden, von geringen subjektiven und objektiven Symptomen begleiteten Fällen kann nur der Gonokokkennachweis zur Diagnose führen.

4. Ebenso ist in allen Fällen — höchstens ganz akute, frische Stadien ausgenommen — für die Frage, ob eine gonorrhoische Erkrankung noch gonorrhoisch infektiös ist, oder ob nur die restierenden Krankheitsprodukte einer früheren Infektion vorliegen, die Gonokokkenuntersuchung unentbehrlich.

5. Da in jedem Stadium das therapeutische Vorgehen auf das Vorhandensein der Gonokokken Rücksicht zu nehmen hat, so ist die Gonokokkenuntersuchung nicht nur vor Beginn, sondern während des ganzen Verlaufes der Therapie unentbehrlich.

6. Diese Gonokokkenuntersuchung wird in erster Reihe eine mikroskopische sein. Das Kulturverfahren wird wegen der jetzt noch mit ihm verbundenen Schwierigkeiten nur in bestimmten Fällen die mikroskopische Durchsuchung ersetzen oder ergänzen müssen.

7. Überall, wo positive Befunde erhoben werden, kann über die Nützlichkeit und Notwendigkeit der gesicherten Diagnose kein Zweifel bestehen. Negative Befunde werden natürlich vorsichtig zu deuten sein, da wir wissen, daſs Gonokokken in der Tiefe der Gewebe oder in Lakunen und Einstülpungen so verborgen und so spärlich sitzen können, daſs die oberflächlichen Schleimhautsekrete, die man untersucht, gonokokkenfrei sind. Die Sicherheit der Deutung wird dann durch gröſsere Häufigkeit der Untersuchung und durch den Versuch einer künstlichen Vermehrung und Hervorlockung der möglicherweise vorhandenen Gonokokken gesteigert werden müssen. Stets werden die klinischen Symptome dabei zu berücksichtigen und mit den mikroskopischen in Einklang zu bringen sein.

8. Handelt es sich um Gonorrhoe bei Verheirateten, so wird naturgemäſs die Beobachtung und eventuell die Behandlung beide Ehehälften betreffen müssen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Kultur der Gonokokken, von STEINSCHNEIDER. (*Berl. klin. Woch.* 1893. No. 29.) Nachdem der Verfasser früher viele vergebliche Versuche, die Gonokokken zu züchten, gemacht, gelang ihm das leicht mit dem WERTHEIMschen Verfahren; man mufs nur die Agarkulturen in der Temperatur von 35—40° erhalten. Zusatz von steril aufgefangenem menschlichen Urin zum Serumagar oder vorheriges Erwärmen des Serums auf 55° besserte noch die Ergebnisse; Zusätze von Mucin und Traubenzucker sind schädlich, Steigerung des Peptongehaltes auf $1^1/_2$—2% nützlich. Drei Impfungen an Menschen (vierter resp. zwölfter Generation) fielen positiv aus. Impfungen in die Bauchhöhle weifser Mäuse bewirkten exsudative Peritonitis, aber es waren keine Gonokokken zu finden. Ein mit Nährboden einer Kultur beschicktes Auge zeigte Injektion der Conjunctiva, Cornea getrübt, Hypopion; keine Gonokokken. In einem Falle von Bartholinitis und frischer Urethritis konnten Gonokokken durch Kultur früher nachgewiesen werden, als durch das Mikroskop.

Jessner-Königsberg. i. Pr.

Über die von einem Mikroorganismus des gonorrhoischen Eiters secernierten löslichen Produkte, von ERAUD. (II. Intern. Kongr. f. Derm. u. Syphilis zu Wien 1892.) Verfasser hat aus gonorrhoischem Eiter einen Mikroorganismus gezüchtet, der alle Eigenschaften des echten Gonococcus besitzt, ohne dafs seine Identität mit demselben erwiesen ist. Mittelst einer Agarkultur wurde Bouillon geimpft, 18 Stunden im Brütofen gehalten und mit Alkohol extrahiert. So wurde ein festes und ein flüssiges Produkt gewonnen. Letzteres hatte keine besonderen Wirkungen; ersteres fiel in wässeriger Lösung leicht der Fäulnis anheim und verbreitete dann einen leichenähnlichen, spezifischen Geruch. Es gab alle Reaktionen der Toxalbumine. In den Hoden eines Hundes injiciert, erzeugte dieser Körper Orchitis mit Ausgang in Eiterung und Atrophie. Ähnliche Eigenschaften fand Redner im Eiter einer gonorrhoischen Epididymitis, der demnach auch ein Toxalbumin zu enthalten scheint.

F. Hahn-Bremen.

Verschiedenes.

Syphilis, Epitheliom, Lupus vulgaris und Lupus erythematosus. Notizen nach zehnjährigen Beobachtungen (4131 Fälle) an der Philadelphia Dispensary for Skin Diseases, von H. W. STELWAGON. (*Med. News.* April 1893.) Kritische Übersicht der beobachteten Fälle der genannten Krankheiten und kurze Mitteilungen namentlich über die angewandten Behandlungsmethoden. Letztere stimmen im wesentlichen mit der auch bei uns üblichen überein.

Philippi-Nieheim.

Dermatitis herpetiformis, Dermatitis papillaris capillitii und Morphoea, von H. STELWAGON (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Juni 1893.) Verfasser beobachtete in zehn Jahren sechs Fälle von Dermatitis herpetiformis, von denen fünf den vesikulösen Typus zeigten, während einer erythematös-papulös war. Therapeutisch empfiehlt STELWAGON Tonica innerlich; äufserlich Waschungen mit Thymol, Teer, Liq. carbonis detergens etc.

Von Dermatitis papillaris sah Verfasser drei Fälle, sämtlich am Hinterkopfe; die Erkrankung sah sycosisähnlich aus, mit erbsen- bis kirschengrofsen Wucherungen; diese Knoten enthielten Eiter in der Tiefe; in einzelnen Teilen sah die Erkrankung mehr keloidartig aus. Heilung unter Epilation und Schwefelsalbe.

Drei Fälle von „Morphoea“ wurden beobachtet.

Eine Frau von 39 Jahren hatte auf der Brust einen etwas erhabenen, bräunlich gelben, lederartig harten Fleck von wachsartigem Aussehen. Sensibilität normal; die Erkrankung verursachte Brennen und Prickeln. Heilung unter Arsenmedikation.

Eine 32 Jahre alte Frau hatte im Gesicht einen markstückgrofsen Fleck, weifslich und hart, elfenbeinartig, von einem roten Hof umgeben. Keine Änderung unter Arsenik.

Eine 40 Jahre alte Frau hatte am linken Schenkel einen harten, unelastischen, weifslichen, wachsartigen Fleck; ein kleinerer fand sich auch noch am selben Bein. Die Flecke waren von einem schmalen roten Bande umgeben. Leichte Besserung unter Arsenik im Verlaufe eines Monats. *F. Hahn-Bremen.*

Gegen das Verrosten von Stahlinstrumenten bietet (*Dtsch.-amer. Apoth.-Ztg.* 1892. No. 6) das Calciumchlorid sichern Schutz; man bringt einige Stücke in einen Trichter, den man in eine Flasche steckt. Das Chlorcalcium zieht alle Feuchtigkeit an sich und verhindert das Rosten. (Vom Referenten seit einigen Jahren auch mit Erfolg angewendet.) *F. Hahn-Bremen.*

Über kombinierte Anästhesie mit Chloral und Morphium berichten Cadéac und Malet. (*Lyon. méd.* 1892. No. 7.) Chloral verursacht, subkutan eingespritzt, Entzündung und Gangrän, während es bei intravenöser Anwendung ein sicheres und bequemes Anaestheticum ist. Bei Laboratoriumsversuchen kann man Äther- oder Chloroforminhalationen vollständig ersetzen durch 0,1 Morphin subkutan und 20 g Chloral per Clysma. Durch diese Gabe kann man einen 20 kg schweren Hund mehr als eine halbe Stunde in anästhetischem Schlaf erhalten. *F. Hahn-Bremen.*

Eine neue Schwamm-Elektrode, von Leviseur. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Juli 1893.) Verfasser hat eine Elektrode konstruiert, welche die unangenehmen Zwischenfälle bei elektrolytischen Operationen, namentlich während des Schliefsens und Öffnens der Kette, verhindern soll. Der Apparat, den Verfasser zwei Jahre hindurch mit zufriedenstellenden Resultaten gebraucht hat, und mit welchem er in fünf Fällen Xanthome von den Augenlidern entfernt hat, ist bei J. C. Vetter & Co.-New York, 234. Street käuflich zu haben. *C. Berliner-Aachen.*

XI. Internationaler medizinischer Kongrefs zu Rom, vom 29. März bis 5. April 1894.

Infolge Vereinbarung mit dem Ausschusse der deutschen chirurgischen Gesellschaft wurde die nächstjährige Versammlung der letzteren auf den 18. bis 21. April 1894 verlegt, wodurch vielen deutschen Ärzten der Besuch des Kongresses zu Rom möglich gemacht wurde.

Prof. A. Jacobi-New York, hat sich auf Ersuchen des Komitees bereit erklärt, in einer Plenarsitzung des Kongresses einen Vortrag zu halten, dessen Titel lautet: „Non nocere!“

Das Komitee hat in Rom ein besonderes Bureau eingerichtet, welches den Kongrefsbesuchern Wohnungen besorgen wird; die Firma Thos. Cook & Son in Rom hat sich auf Ersuchen des Komitees, ebenfalls hierzu bereit erklärt.

In Rom werden, unter Führung des bekannten Altertumsforschers Prof. Forbes Ausflüge veranstaltet werden, desgleichen von der Firma Thos. Cook & Son in Neapel nach der Umgegend von Neapel und nach Sicilien.

Die Kongrefsbesucher geniefsen 50% Ermäfsigung für die Reise von Rom nach Neapel und zurück.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. | No. 3. | 1. Februar 1894.

Über Urticaria infantum und ihren Zusammenhang mit Rhachitis und Magenerweiterung.

Von

Funk und Grundzach-Warschau.

Urticaria des Kindesalters, in der Litteratur als Lichen urticatus (Bateman), Urticaria papulosa (Hebra), Strophulus pruriginosus (Hardy) bekannt, ist, genau gesprochen, ein Erythema urticatum. Sie erscheint meistens im ersten Lebensjahre, oft in den ersten Monaten, seltener im zweiten Jahre, noch seltener bei älteren Kindern.[1] In den Sommermonaten kommen zweifellos die meisten Fälle von Urticaria zu Gesicht. Dieses urtikarielle Erythem lokalisiert sich gern, wie die meisten Erytheme, an den Extremitäten; in der That finden wir dieses Erythem am öftesten und in höchster Entwickelung symmetrisch an den Ober- und Unterextremitäten samt Gesäſs; die übrige Haut wird leichter befallen, oder ist sogar frei von Ausschlag. Am dichtesten sitzt der Ausschlag an den Streckflächen, sowie an den Händen und Füſsen; die Gelenksbeugen bleiben oft frei. Die Quaddeln erscheinen fast ausschlieſslich am Abend und bei Nacht, am nächsten Morgen sind die Quaddeln verschwunden, es bleibt aber ihr zentraler Teil in Form von blassen oder rosaroten konischen, miliaren Papeln. Oft kommen aber hier und da, an der Stelle von Papeln Bläschen und Blasen, besonders häufig an Fuſsrücken und Fuſssäule vor, und zwar oft vom Hautödem begleitet. Hier und da sehen wir auch am Tage einzelne Quaddeln mit mehr oder minder entwickelter Papel im Zentrum. Infolge von Kratzen, Reiben werden die mit Bläschen besetzte Stellen infiziert, es erscheinen Impetigopusteln, Furunkel, Schwellung der Kruraldrüsen u. s. w. Es zeigt der Ausschlag einen ausgesprochen nächtlichen, intermittierenden Typus, die Kinder verbringen schlaflose Nächte und schreien nicht bloſs wegen Jucken, sondern auch wegen Leibschmerzen.

---

[1] Es kann jedoch der erste Ausbruch noch im fünften und sechsten Jahre und später stattfinden.

Eine andere, ungleich seltenere Form von urtikariellem Erythem ist ausschliefslich vesikulös. Es erscheinen, meistens binnen einer Nacht, und besonders an den Gliedern, dichtgedrängte Bläschen, mit resistenter, gut gespannter Decke; an den Unterextremitäten kommt oft etwas Hautödem zum Vorschein. Der Ausschlag wird manchmal für Windpocken und sogar Variola gehalten. Nach einigen Tagen nimmt der Ausschlag die gewöhnliche Form des urtikariellen Erythems an.

Diese kurze Beschreibung erschöpft keineswegs alle Formen der kindlichen Urticaria. Ähnlich den anderen Erythemen ist dieses Erythem ausgesprochen polymorph. Wir finden oft nebeneinander diffuse rote Flecke, Quaddeln, Papeln, Bläschen und Blasen[2]. Der Einflufs der Jahreszeit kommt aufserordentlich klar zum Vorschein. Im Sommer hartnäckig jeder Behandlung trotzend, verschwindet so manche Urticaria beim herannahenden Winter ohne Therapie. Es kann aber eine kindliche Urticaria ein paar Tage, Monate oder Jahre bestehen; es sind uns Fälle bekannt, die, mit Remissionen, zwei, drei und vier Jahre überdauert haben.

Seit Jahren und in zahlreichen Fällen haben wir den Zusammenhang zwischen Urticaria infantum und Rhachitis festgestellt. Im Sommer 1893 haben wir — im (Funkschen) Ambulatorium für Hautkranke, dem Bersohn-Baumannschen Kinderhospital — 45 Fälle von Erythema urticatum genau untersucht, fast ausschliefslich bei Kindern in den zwei ersten Lebensjahren. Rhachitische Symptome haben wir in sämtlichen 45 Fällen gefunden. Zu den gewöhnlichsten gehörte: der rhachitische Rosenkranz, Deformation des Brustkorbes mit Erweiterung des unteren Abschnitts, der grofse „Froschbauch," nächtlicher Kopfschweifs, Verdauungsstörungen, stark retardiertes Gehen, Zahnung und Fontanellenverschlufs; Anämie war gewöhnlich zu konstatieren, fehlte jedoch gänzlich in manchen Fällen. Es waren vorwiegend leichte Rhachitisfälle, was leicht erklärlich, da wir nur ausnahmsweise mit künstlich genährten Kindern zu thun hatten. Von den Autoren hat schon Comby(²) den Zusammenhang zwischen Rhachitis und Urticaria betont.

Die regelmäfsig bei diesen Kindern notierten Diätfehler, Verdauungsstörungen und Bauchblähung veranlafsten uns, Untersuchungen über den Magenumfang, resp. die Magengrenzen vorzunehmen. Es wird wenig über das Verhalten des Magens bei Rhachitis geschrieben, und wird gewöhnlich als Ursache des Froschbauches die Darmblähung angegeben. Und doch genügt oft ein Blick auf das rhachitische Kind, um die Blähung der Magenregion zu konstatieren.

---

[2] Nicht selten sehen wir bei diesen Kindern eine eigentümliche Form von Erythem, besonders an Kreuz, Gesäfs und Hüften. Es sind dies dichtgedrängte miliare Knötchen auf diffusrotem Fond, welche lebhaft an Lichenruberknötchen erinnern; sie sind blafsrosa, ganz flach, polygonal und glänzend.

Der Magen wurde untersucht: 1. mittelst Perkussion beim Stehen und Liegen, beim leeren oder gefüllten Magen; in manchen Fällen wurde, nach Untersuchung des leeren Magens, eine bestimmte Flüssigkeitsmenge eingeführt, dann nochmals untersucht. Die Grenze zwischen Magen- und Darmschall wurde an vielen Punkten der groſsen Kurvatur bestimmt; der tiefste Punkt der Kurvatur entsprach der Mittellinie des Körpers. 2. Die Resultate haben wir mittelst Doppeluntersuchung kontrolliert, welche besteht in Auskultation der Magengrube mit gleichzeitiger Perkussion der Magen-Darmgrenze. Bei dieser Doppeluntersuchung kommen die Schalldifferenzen sehr klar zum Vorschein, verstärkt durch eine, bisher unbeachtete mechanische Erscheinung. Es wird nämlich bei Perkussion des Magens eine Erschütterung und Anschlagen des Stethoskops ans Ohr wahrgenommen, welches bei Perkussion des Darmes vollkommen fehlt. Je nach der Körperposition gestalten sich die Untersuchungsresultate etwas different: beim Liegen des Kindes kommen zwei differente tympanitische Töne zum Vorschein, beim Stehen hingegen nimmt der Mageninhalt die groſse Kurvatur ein und giebt hier eine Dämpfungszone, wodurch der tympanitische Schall des geblähten Darms noch leichter zu differenzieren ist. 3. Untersuchung des „Bruit de clapotement“ und „Succussion“ wurde ebenfalls kontrollweise vorgenommen. Die Untersuchungsergebnisse dieser drei Methoden müssen sich decken, worauf wir viel Gewicht legen. So kann z. B. „Bruit de clapotement“ im erweiterten Kolon entstehen, wie es bei Autopsie einmal durch HENSCHEL(5) gefunden wurde. Einige Ausnahmefälle abgerechnet, werden jedoch die Untersuchungsergebnisse bei Autopsien vollauf bestätigt.

In sämtlichen Fällen von Urticaria infantum haben wir eine bedeutende Erweiterung der Magengrenzen gefunden. Die untere Magengrenze reichte nach Aufnahme flüssiger Nahrung regelmäſsig bis zum Nabel (in der Mittellinie des Körpers), oder 1—3 cm unterhalb oder oberhalb des Nabels. Auch der leere Magen war regelmäſsig gebläht, seine untere Grenze stand in der Mittellinie des Körpers 4—5 cm oberhalb des Nabels. Nach rechts und oben waren ebenfalls die Magengrenzen verbreitert, die Herzdämpfung oft teilweise verdeckt. Dieser Zusammenhang der Urticaria infantum mit Rhachitis und Magenatonie war schon COMBY(3) bekannt.

Zur Kontrollierung dieser Ergebnisse haben wir den Magen bei 64 an Rhachitis und chronischer Dyspepsie nicht leidenden Kindern untersucht. Bei gesunden (oder mit akuten Krankheiten behafteten) Kindern in den ersten zwei Lebensjahren läſst sich der leere Magen mitunter gar nicht perkutieren, da er hinter den Rippen liegt; der gefüllte Magen reicht mit seiner unteren Grenze 6—7 cm oberhalb des Nabels in der Mittellinie. Wird eine Linie zwischen Schwertfortsatz und Nabel geführt, so steht die untere Grenze des normalen Kindermagens im gefüllten Zustande an der

Grenze des oberen und mittleren Drittels, oder etwas tiefer, doch nie unter der Mitte dieser Linie. Hingegen bei Kindern, die an chronischer Dyspepsie, chronischem Magendarmkatarrh litten, reichte die untere Magengrenze bis zum Nabel und tiefer. Diese Untersuchungen berechtigen, die von uns bei Rhachitis gefundenen Magengrenzen als pathologisch anzusehen.

Von dyspeptischen Erscheinungen haben wir bei Urticaria infantum besonders oft notiert: Darmkolik (durch starke Gasbildung im Darme verursacht) und Obstruktion (eine Ausleerung in ein, bis zwei, bis drei Tagen). Der Appetit war normal oder verringert, starker Durst war sehr oft vorhanden, worauf wir später zurückkommen.

Es ist fast zweifellos, dafs diese der Rhachitis eigentümliche Magenatonie mit der Zeit verschwindet; es wird bei Kindern über drei Jahre viel seltener eine Magenatonie gefunden.

Von den Ursachen, welche auf den Kindermagen eine schwächende Wirkung ausüben, möchten wir eingehender die so wichtigen Diätfehler besprechen. Ohne auf die Frage der künstlichen Ernährung, der Milchsterilisierung u. s. w. näher einzugehen, wollen wir die Diätfehler erwähnen, die bei natürlicher Ernährung der Säuglinge begangen werden.

Wir haben fast in jedem Falle das allzuhäufige Stillen des Kindes notiert; die Mütter versuchen auf diese Weise das schreiende Kind zu beruhigen. Beim Kontakt mit saurem unverdauten Mageninhalt gerinnen die hinzukommenden Milchportionen zu grofsen Klumpen, werden schwer verdaulich, belasten den Magen, fermentieren bei längerem Verbleiben im Magen und rufen dyspeptische Erscheinungen hervor. Aber noch gröfsere Fehler werden beim nächtlichen Stillen begangen; von Leibschmerzen, Jucken und Durst geplagt, bleiben diese Kinder oft ganze Nächte hindurch an der Brust liegen. Das Durstgefühl, von welchem diese Kinder geplagt werden, entsteht dadurch, dafs flüssige Nahrung in gröfserer Menge und länger als normal im atonischen Magen verbleibt, ohne zur Resorption zu gelangen; das Resorptionsvermögen des Magens ist ja, wie bekannt (Mehring, Hirsch) äufserst gering. Dasselbe starke Durstgefühl wird auch von Erwachsenen, die an Atonie oder Dilatation des Magens leiden, fast immer empfunden, und an peinlichstem Durst leiden die Kranken, in deren Magen wir einige Liter Flüssigkeit finden können; es entsteht in dieser Weise ein Circulus vitiosus. Wir haben ein- oder anderthalbjährige Kinder gesehen, die bis zwei Gläser Thee oder Wasser auf einmal zu trinken pflegten, eine Flüssigkeitsmenge, die beim Erwachsenen mitunter Opressionsgefühl und sogar Schmerz hervorrufen kann. Aber auch ein Glas belastet stark den kindlichen Magen.

Schwere Diätfehler werden auch bei Kindern über ein Jahr begangen. Wir haben Kinder gesehen, die zehn bis zwölf Gläser Thee, Wasser, Wasser mit Milch täglich trinken. Diese Kinder, die an grofsem Durst

leiden, haben wenig Appetit, Abscheu gegen Fleisch und Eier; einige trinken gläserweise starken Thee, schwarzen Kaffee und Bier, um ihren Durst zu stillen.

Die an Rhachitis, Magen- und Darmatonie und Urticaria leidenden Kinder bilden einigermaſsen einen Krankheitstypus, dem wir auf jedem Tritt und Schritt begegnen.

Es braucht kaum betont zu werden, daſs nicht jedes an Rhachitis und Magenatonie leidende Kind Urticaria bekommt, es ist deshalb unmöglich, die Rolle der Disposition zu übersehen. Auch erkranken an Urticaria oft mehrere Geschwister, jedes im entsprechenden Alter; wir kennen eine Familie, deren sämtliche fünf Kinder an langdauernder Urticaria gelitten haben.

Dumpfe, enge Wohnung, Epizoa, das übertriebene Warmhalten der Kinder und besonders die Hitze verschlimmert und unterhält die Urticaria.

Ein akuter Urticariaausbruch wurde nur in wenigen Fällen durch die Zahnung, Vaccineimpfung, Varicella oder Masern zweifellos hervorgerufen, es fehlte aber auch in diesen Fällen weder Rhachitis noch Magenatonie, was deutlich betont werden muſs. Es sind somit Benennungen wie Zahnpocken, Feu de dents u. s. w. für das Erythema urticatum unpassend, weil ungenau.

* * *

Welches klinische Verhältnis besteht zwischen dem Erythema urticatum und der Hebraschen Prurigo? Eine Familienähnlichkeit besteht zweifellos zwischen den beiden Krankheiten, die Haut ist bei beiden Krankheiten urtikariell, auch ist die Lokalisation des Ausschlags eine ähnliche. Nun kommt aber Erythema urticatum äuſserst häufig vor, Prurigo hingegen gehört zu den selteneren Hautkrankheiten, es entsteht somit Prurigo nur unter besonderen, selten zusammentreffenden Verhältnissen. Die Prurigohaut zeigt eine besonders starke Neigung zur Lichenisation, welche ja beim Erythema urticatum so gut wie niemals zu stande kommt. Auch sind uns Fälle von Erythema urticatum bekannt, welche seit zwei, drei und vier Jahren bestehen, ohne in Prurigo überzugehen, und andererseits sehen wir zuweilen schon bei anderthalbjährigen Kindern eine vollauf typische Prurigo.

In Anbetracht des unzweifelhaften Zusammenhanges, welchen wir zwischen dem Erythema urticatum und Magenatonie gefunden haben, war es interessant zu untersuchen, wie sich der Magen bei Prurigokranken verhält. Wie bekannt, hat Comby [4] den Verdauungsstörungen und Magenatonie groſse Bedeutung bei Genese der Prurigo zugeschrieben. In dieser Hinsicht haben wir elf Fälle von Prurigo untersucht, und das Ergebnis war ganz unzweideutig. Von drei Kindern (im Alter von 1½

bis 3 Jahren) haben wir bei zweien Magenatonie (nebst Rhachitis) gefunden,[3] beim dritten waren die Magengrenzen normal. Bei acht Prurigokranken im Alter von 6 bis 18 Jahren waren die Magengrenzen, sowie die Verdauungsfunktion vollkommen normal.

* * *

Die Heilung der Urticaria beruht einzig auf Beseitigung der Ursachen, d. i. der Diätfehler, sowie der Rhachitis. Man soll die Kinder nach Möglichkeit ins Freie führen; die Säuglinge jede 1½ bis 3 Stunden stillen, je nach dem Alter, des Nachts nicht über zwei bis drei mal im ganzen, worauf wir viel Gewicht legen.

Bei Kindern über ein Jahr verbieten wir gänzlich den Alkohol-, Thee- und Kaffeegebrauch; statt Thee und Kaffee geben wir Milch, verdünnte Milch, nicht über ein halbes Glas auf einmal, 6—8 mal täglich. Bei weit gediehenen Fällen, wenn starker Durst vorhanden, empfehlen wir — bei Einschränkung der Getränke — die Flüssigkeiten per rectum einzuführen (kleine Lavements von warmem Wasser mit etwas Salz).

Erkrankungen des Verdauungstraktus werden nach jeweiligen Indikationen beseitigt.

Beim akuten Urticariaausbruche, starkem Ausschlage, Unruhe und Schlaflosigkeit geben wir aufserdem nicht selten von BLASCHKO[4] anempfohlenes Antipyrin, nach der Formel:

Antipyrin	1,50
Aquae	
Syrup gumos. āā	25.0

MDS. einen Kaffeelöffel abends.

Äufserlich empfehlen wir blofs, mit verdünntem Essig (1 Löffel Weinessig auf einige Löffel Wasser) die ganze Haut 1 bis 2 mal täglich zu benetzen und einzupudern; die Kinder werden des Nachts leicht bekleidet, die Zimmer sorgfältig gelüftet, Epizoa nicht aufser acht gelassen. Während der kühlen Jahreszeiten verordnen wir fast regelmäfsig lauwarme Salzbäder, welche sehr günstig wirken; nur im Sommer, sowie bei akuten Urticariaausbrüchen sind Bäder entschieden zu vermeiden.

---

[3] Die untere Magengrenze reichte bis zum Nabel.
[4] GEBERT, Strophulus. *Archiv f. Kinderheilk.* XIII. 3.

Litteratur.

Wichtigste, dieses Gebiet betreffende Arbeiten:

[1] COLCOTT FOX. Über Urticaria im Säuglings- und Kindesalter. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890.
[2] COMBY. *Arch. gén. de méd.* 1884. No. 8 u. 9.
[3] COMBY. *Arch. gén. de méd.* 1885. No. 3.
[4] COMBY. *Gazette hebdom.* 1889. No. 49 u. 50.
[5] HENSCHEL. Über Magenerweiterung im Säuglingsalter. *Arch. f. Kinderheilk.* 1891. XIII. S. 32.

Behandlung von Myxödem mittelst Pill. glandulae thyreoideae siccatae.

Von

Dr. med. LUDWIG NIELSEN,
Sekundärarzt am „Vestre-Hospital“ zu Kopenhagen.

Während der Behandlung eines früheren Falles von Myxödem mittelst Glandula thyreoidea[1] entstand bei mir der Wunsch, ein wirksames Präparat der Drüse in haltbarer Form zu besitzen, und ich dachte mir dann, daſs ein solches möglicherweise durch Eintrocknen und Pulverisierung der Drüsen, ähnlich wie bei der Zubereitung des Fleischpulvers, dargestellt werden könnte, indem dieses Verfahren, wodurch angenommen werden muſste, daſs alle Drüsenbestandteile bewahrt würden, als das am meisten rationelle erscheinen müſste, solange der oder die spezifischen Bestandteile der Drüsen noch unbekannt waren. Herr Apotheker Benzon in Kopenhagen war dann so freundlich, Versuche in dieser Richtung zu machen, und stellte ein solches Präparat[2] (in Pillenform) dar, das sich etwas weniger kompliciert in der Darstellung und deshalb etwas billiger zeigte, als das zu derselben Zeit von VERMEHREN vorgeschlagene und mit gutem Erfolge gegen Myxödem angewandte Glycerinextrakt der Drüsen in Pillenform (unter dem Namen „Thyreoidin“,[3] ein Präparat, das im gelösten Zustande mit Erfolg als Injektion von englischen Ärzten angewandt war.

Wie aus meiner oben citierten Mitteilung hervorgeht, setzte die dort erwähnte Patientin, Frl. G., die Behandlung fort, selbst nachdem alle Symptome von Myxödem vollständig verschwunden waren, indem sie täglich ein Drittel (gekochte) Glandula thyreoidea einnahm, und ich habe damals hervorgehoben — und finde es auch jetzt nötig zu betonen —, daſs es absolut notwendig (und übrigens selbstverständlich) ist, daſs die

---

[1] Mitgeteilt in *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVI. S. 403—15.

[2] Zufolge freundlicher Mitteilung des Herrn Apotheker BENZON geschieht die Zubereitung des Drüsenpulvers folgendermaſsen:

Die Drüsen (vom Kalbe) werden, soweit möglich, von Häuten und Fett befreit, dann fein geschnitten und, in einer möglichst dünnen Schicht ausgebreitet, auf flachen Schalen bei 40—50° C. getrocknet; das Trocknen dauert etwa 14 Tage. Die getrockneten Drüsen werden gerieben, worauf sie mit Äther behandelt werden, sowohl um die in ihnen enthaltene nicht geringe Menge Fett, welches das Präparat unhaltbar machen würde, zu entfernen, als auch um später den Stoff fein pulverisieren zu können. Als Rest blieb 18,47 Gewichtsprocent. — (Der Preis von 100 Pill. gland. thyreoid. sicc. à 10 cg ist 3,48 Kronen (= ca. 3,90 Mark), und mit Kakao überzogen (wegen des Geruches) 3,88 Kronen (= ca. 4,35 Mark).

[3] *Hospitalstidende.* 1893. No. 5. S. 128 u. 129.

Behandlung kontinuierlich das ganze Leben hindurch fortgesetzt wird, indem sie die unter normalen Verhältnissen kontinuierlich funktionierende, lebende Glandula thyreoidea ersetzen soll, und es liegen dann auch genug Beispiele vor, dafs ein Aufhören der Behandlung nach Entfernung der Symptome dieselben bald wieder hervorruft. Die hier erwähnte Patientin ist denn auch unter der später fortgesetzten kontinuierlichen Behandlung mit ein Drittel Glandula thyreoidea täglich, was doch aus Bequemlichkeitsrücksichten bald mit einer halben Drüse jeden zweiten Tag vertauscht wurde, — jetzt in etwas über einem Jahre nach Anfang der Behandlung — fortwährend absolut gesund, sowohl in geistiger wie in körperlicher Beziehung gewesen, ohne Spur von Rückfall.

Um die Wirkung des erwähnten getrockneten Drüsenpulvers zu prüfen, hat die Patientin dies statt der gekochten Drüsen benutzt, zuerst in ungefähr drei Monaten (19. April bis 11. Juli) und kurz darauf während einer Reise in einem Monate (18. August bis 20. September); in der Zwischenzeit und später (vom 20. September an) hat sie — wegen der Billigkeit, indem die Drüsen umsonst geliefert werden — wie früher eine halbe gekochte Drüse jeden zweiten Tag genommen. Sie hat das Drüsenpulver in Form von Pillen (Pill. gland. thyr. sicc.), mit Syrup. sacchari zubereitet und wegen des Geruches mit Kakao überzogen, in derselben Dosis wie die frischen Drüsen genommen, nämlich eine Pille à 10 cg zweimal täglich, morgens und abends.[4] In den vier Monaten, in welchen sie ausschliefslich dieses Präparat benutzte, befand sie sich, wie erwähnt, ebenso wie früher vollkommen wohl, ohne irgend welche Veränderung in ihrem Befinden zu spüren; auch der Puls, welchen sie selbst täglich morgens und abends zählte und aufschrieb, und den ich häufig kontrollierte, zeigte sich ganz normal. Die Glandulae thyreoideae siccatae scheinen somit durch die Präparation nichts von ihrer Wirkung eingebüfst zu haben und scheinen völlig die frischen Drüsen ersetzen zu können, indem es im entgegengesetzten Falle zufolge der Erfahrung an Patienten, bei denen die Behandlung nach Aufhören der Symptome seponiert wurde, zu erwarten wäre, dafs während des Gebrauches der Pillen innerhalb einer so langen Zeit ein Rückfall eingetreten wäre.

Die Wirkung des erwähnten Präparates wurde ferner, durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. Haslund, bei einer Patientin geprüft, die im Mai 1893 in der vierten Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen mit unbehandeltem Myxödem aufgenommen wurde, und

[4] Eine Drüse (vom Kalbe) hat nämlich im frischen Zustande durchschnittlich ein Gewicht von 4—5 g und im getrockneten Zustande ungefähr 18½ Prozent des Gewichtes der frischen Drüse; eine halbe frische Drüse entspricht also ungefähr 40 cg Gl. thyr. sicc. Das Drüsenpulver, welches die Patientin in den ersten drei Monaten benutzte, war anfangs April 1893 zubereitet worden, das im letzten Monate benutzte Anfang August.

deren Krankheitsverlauf während der Behandlung ich Gelegenheit zu folgen hatte. Das Journal, mit meinen eigenen Aufzeichnungen suppliert, ist mir gütigst zur Publicierung überlassen worden:

Frau A. H., 50 Jahre alt, mit einem Malermeister verheiratet, wird am 27. Mai 1893 im Hospital aufgenommen. In der Familie der Patientin soll keine Krankheit, die ihrer jetzigen ähnlich war, wahrgenommen sein, Der Vater starb an Lungenschwindsucht, die Mutter an Alterschwäche (83 Jahre) und Gicht.

Patientin, die in recht guten Verhältnissen lebt, soll, abgesehen von ihrer jetzigen Krankheit, im ganzen früher gesund gewesen sein; nur hat sie in vielen (wenigstens zehn) Jahren an Symptomen eines chronischen Darmkatarrhes gelitten, mit abwechselnder Diarrhoe und Verstopfung, zeitweise jedoch, häufig bis zu einem Monat, mit normalem Stuhlgange. Vor zwei Jahren hatte sie Influenza in leichterem Grade. Die Menstruation, die immer regelmäfsig und mit Ausnahme der späteren Jahre ziemlich sparsam war, hörte im 44. Jahre auf. Einmal vor vielen Jahren hat sie abortiert, achtmal hat sie geboren, das letzte Mal vor 10 Jahren; vier Kinder sind lebend und gesund, die vier anderen, darunter das letztgeborene, sind gestorben, zwei als Säuglinge, zwei im späteren Alter (an Herzkrankheit und Meningitis).

Über den Anfang der jetzigen Krankheit und über die Einzelheiten ihrer Entwickelung kann Patientin nicht sehr genaue Aufschlüsse geben. Sie scheint sich wesentlich nach der Influenza vor zwei Jahren entwickelt zu haben und ziemlich gleichmäfsig vorschreitend gewesen zu sein, besonders im letzten Jahre; aber schon vor sechs Jahren haben die Augenlider angefangen zu schwellen und das Haar im Nacken abzufallen. Die Geschwulst der Augenlider war nicht immer vorhanden, konnte aber bisweilen so bedeutend sein, dafs die Augen fast ganz verschlossen waren; später und besonders im letzten Jahre zeigte sich Schwellung des ganzen Gesichts und ab und zu auch der Hände und insbesondere der Füfse, am meisten des Abends hervortretend. Die Schweifssekretion, die früher leicht von statten ging, hörte im letzten Jahre fast ganz auf. Der Haarausfall breitete sich nach und nach über alle die normaler weise stärker behaarten Teile des Körpers.

Besonders im letzten Jahre hat sie eine zunehmende und sehr bedeutende Mattigkeit und Müdigkeit gespürt, namentlich beim Gange, welcher, ebenso wie alle ihre anderen Bewegungen und wie die Sprache, langsamer und träger ward. Sie bekam grofse Schlafneigung, schlief häufig ein, wenn sie sich nur hinsetzte, und dann und wann trat während des Tages ein plötzlicher, tiefer und schnarchender Schlaf ein, aus welchem sie nur schwierig geweckt werden konnte. Die Stimmung ward gedrückt, die geistigen Fähigkeiten, und namentlich das Ge-

dächtnis, wurden geschwächt, so dafs sie nicht von dem einen Augenblicke zum anderen erinnern konnte; dagegen hat sie niemals Hallucinationen oder tiefere mentale Störungen gehabt, auch nicht Schmerzen oder Druck im Kopfe. In den letzten Jahren ist Sehschwäche für nahe Gegenstände eingetreten; das Gehör soll ebenfalls, aber nur in geringem Grade, abgenommen haben; die übrigen Sinne sind dagegen unbeeinflufst; niemals Parästhesien. Sie hat im letzten Jahre viel an Kälte gelitten, besonders an Händen und Füfsen, und ist im ganzen empfindlicher als früher gegen Kälte geworden, weshalb sie sich auch im Sommer besser, als im Winter befindet. Im letzten Jahre ist sie etwas korpulenter als früher geworden.

Abgesehen von der erwähnten Unregelmäfsigkeit des Stuhlganges ist die Digestion wesentlich in Ordnung gewesen, der Appetit einigermafsen gut; im letzten Jahre ist starker Foetor ex ore bemerkt worden. Die Harnabsonderung immer normal; die Urin ist im Verlaufe der Krankheit wiederholt untersucht worden, ohne dafs abnorme Bestandteile gefunden sind. Sie hat Kurzatmigkeit und Herzklopfen schon bei leichten Anstrengungen gespürt, besonders beim Treppensteigen, wobei sie auch Schmerzen in den Beinen gefühlt hat. Kein Husten, nur ab und zu etwas Schnupfen. Es hat niemals Neigung zu Blutungen bestanden, keine Leukorrhoe. Niemals, auch nicht während der Gravidität, hat sich Geschwulst der Vorderfläche des Halses, entsprechend dem Sitz der Glandula thyreoidea, gezeigt. Sie hat nur mit Schwierigkeit ihre gewöhnliche Beschäftigung im Hause während der Krankheit ausführen können; es sind ohne besondere Wirkung verschiedene Mittel, namentlich Arsenik, angewandt worden.

Der Zustand der Patientin bei der Aufnahme im Krankenhause erhellt wesentlich aus dem obigen; sie hatte in den letzten 14 Tagen vorher an ziemlich starker Diarrhoe gelitten, und gleichzeitig war die Schwellung der Hände und Füfse geschwunden, und die Geschwulst der Augenlider hatte etwas abgenommen. Ihr Wesen war träge, die Sprache charakteristisch schleppend, der Gesichtsausdruck etwas stupid. Die Haut war überall am Körper trocken und fühlte sich kühl an den Füfsen und im Gesicht an; dieses war im ganzen geschwollen und aufgedunsen, besonders um die Augen; es bildete sich keine bleibende Depression durch Fingerdruck aufser um das rechte untere Augenlid, wo sich etwas Ödem fand, herrührend von einer Parulis in der rechten Seite des Obermundes. Die Haut des Gesichts war gelblich-bleich, wachsartig, aber mit ziemlich stark begrenzter dunkelroter Färbung auf beiden Wangen. Die Augenbrauen waren durch sparsame und schwache Wollhaare ersetzt; die Augenhaare dagegen normal. Auf einem kleineren Teile des Haarbodens fand sich ein ziemlich dünner Haarwuchs, sonst

nur vereinzelte Haare; die Haut des ganzen Haarbodens, war gelblich, verdickt und zum Theil fein schuppend. Im Nacken, am Halse und am Truncus hatte die Haut dieselbe bleiche, wachsartige Farbe und war etwas verdickt, namentlich war es bedeutende Geschwulst in der Regio submaxillaris; besonders am Rücken fand sich schwache kleienförmige Abschilferung. Am unteren Teile des Unterleibes fanden sich mehrere, am Rücken einzelne warzenähnliche Exkrescenzen von der Farbe der Haut; sie sollten sich im letzten Jahre entwickelt haben. Die Achselhaare waren vollständig verloren, die Pubes teilweise. An Händen und Füfsen war die Haut im Augenblicke kaum geschwollen, aber besonders an den Händen etwas runzelig und schlaffer als normal; keine Nagelaffektion. Das Zahnfleisch, besonders um die schlecht gepflegten Zähne des Untermundes, war dunkelrot, geschwollen, aber nicht blutend; es war etwas Stomatitis und Foetor ex ore vorhanden. Die Zunge kaum geschwollen. Die Zähne hatte sie teilweise verloren, aber doch nicht in den letzten Jahren. Die Gland. thyreoidea war nicht deutlich zu fühlen. Den Ictus cordis fühlte man schwach im fünften Interkostalraume, ein wenig aufserhalb der Mapillarlinie; die Töne waren rein, etwas dumpf, sonst fand sich nichts Abnormes bei der Stethoskopie. Unterleib natürlich. Temperaturgefühl kaum besonders afficiert; keine Anästhesie oder Parästhesien. Plantarreflexe schwach ausgesprochen, die übrigen Hautreflexe kaum wahrnehmbar. Patellarreflexe herabgesetzt. Tp. 38. P. 76, einigermafsen kräftig, ab und zu unregelmäfsig. Urin normal.

Nachdem die Diarrhoe nach wenigen Tagen durch Stopfmittel zum Aufhören gebracht war, begann die Patientin, die kräftig ernährt und in der ersten Zeit im Bette gehalten wurde, die Behandlung

1./6. mit Pill. gland. thyr. sicc.[5] à 5 cg, eine Pille des Morgens und eine des Abends.

3./6. Körpergewicht 67500 g.

6./6. Rp. 4 Pillen täglich.

7./6. $\frac{\text{D. } 880}{\text{Sp. Gew. } 1020}$. Tp. $\frac{37{,}4}{37{,}1}$. P. 62, etwas weich, schleppend und ziemlich klein, regelmäfsig an Rhythmus, etwas unregelmäfsig an Stärke. Stomatitis und Foetor etwas geringer (Pat. braucht Sol. kalii permangan. als Mundwasser). Heute Schweifs im Gesichte, Hitzegefühl am ganzen Körper; das Befinden sonst unverändert.

9./6. $\frac{\text{D. } 1600}{\text{Sp. Gew. } 1012}$. Tp. $\frac{37{,}8}{37{,}2}$. P. 60, ziemlich schwach, etwas tardus, fast regelmässig. Die myxödematöse Geschwulst der

---

[5] Die Pillen waren 14 Tage vorher aus frischen Drüsen zubereitet.

Augenlider geschwunden, die Schwellung des Gesichtes geringer (die Parulis war schon ein paar Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus geschwunden). Sprache und Gang mehr normal, weniger träge. Kaum Vergröſserung der Herzdämpfung, Herztöne rein. Keine Schmerzen, Parästhesien oder vermehrte Mattigkeit; kein Herzklopfen oder Kurzatmigkeit. Patientin war gestern eine Stunde aus dem Bette.

10./6. $\frac{\text{D. } 1000}{\text{Sp. Gew. } 1022}$. Urin ohne Albumen, Körpergewicht 64500 g (÷ 3000 g).

Rp. 5 Pillen täglich.

13./6. $\frac{\text{D. } 860}{\text{Sp. Gew. } 1024}$. Tp. $\frac{37{,}8}{37{,}4}$. Patientin ist lebhafter. Hämoglobinmenge nach Fleischl 60; Zahl der roten Blutkörperchen 3616500; sie sind von normalem Aussehen; die weiſsen Blutkörperchen nicht vermehrt an Zahl.

Rp. 6 Pillen täglich.

14./6. $\frac{\text{D. } 1000}{\text{Sp. Gew. } 1021}$. Tp. $\frac{37{,}4}{37{,}4}$. P. 66, etwas tardus, ziemlich weich und recht schwach, fast regelmäſsig an Rhythmus und Stärke. Die Geschwulst des Gesichts bedeutend abgenommen; auch die Fülle der Haut am Truncus scheint geringer. Die Hautfarbe überall mehr normal, weniger gelblich. Fortwährend etwas Schweiſs, jetzt über den ganzen Körper, aber am meisten im Gesicht; zahlreiche kleine Sudamina crystallina am Truncus, besonders an der Vorderfläche. Sie fühlt fortwährend Wärme im ganzen Körper. Appetit stets gut, niemals Übelkeit nach den Pillen. Stuhlgang in Ordnung. Die Stimmung besser, sie ist im ganzen lebhafter. Gestern Morgen vorübergehendes Kopfweh, sonst keine Schmerzen oder Parästhesien.

15./6. Rp. 7 Pillen täglich.

16./6. $\frac{\text{D. } 1060}{\text{Sp. Gew. } 1020}$. Tp. $\frac{37{,}8}{37{,}2}$. Heute morgen Kopfweh, Schwindelgefühl bei geschlossenen Augen.

17./6. P. regelmäſsig, kräftig. Ab und zu Kopfweh und Drücken im Kopfe. Körpergewicht 61500 g (÷ 3000 g).

18./6. $\frac{\text{D. } 1000}{\text{Sp. Gew. } 1021}$. Tp. $\frac{37{,}7}{37{,}1}$. P. 84, regelmäſsig, klein und schwach. Noch etwas Schwindelgefühl und klopfende Schmerzen quer über dem Scheitel, doch wesentlich nur des Morgens. Schwere und Schmerzen im linken Oberarm, aber ohne Schmerzhaftigkeit oder Geschwulst; die Gelenke frei; sonst keine Schmerzen, keine Parästhesien. Das Zahnfleisch bleicher und weniger geschwollen. Der Foetor ex ore aufgehört. Die Haut überall von weit normalerer Farbe, die be-

grenzte Röte der Wangen schwächer und mehr verwischt. Die Schwellung der Haut nimmt fortwährend ab. Zahlreiche Sudamina am Truncus. Die Haut des Haarbodens noch schlaff, gefurcht, trocken und gelblich, ohne Lanugo oder Schweiſssekretion. Patientin fühlt sich im ganzen leichter und fühlt fortwährend Wärme im Körper. Das Gedächtnis scheint nicht gebessert zu sein. Sie ist ein paar Stunden täglich aus dem Bette und fühlt sich alsdann sehr matt in den Beinen. Appetit, Stuhlgang, Harnabsonderung normal.

19./6. $\frac{\text{D. } 800}{\text{Sp. Gew. } 1020}$. Tp. $\frac{37,2}{37,2}$. Auch Schmerzen in der rechten Schulter bei Bewegungen. In den letzten Abenden hat sie Unruhe gespürt und hat nur schwer einschlafen können. Etwas Hautjucken. Urin ohne Eiweiſs.

22./6. $\frac{\text{D. } 1200 +[6]}{\text{Sp. Gew. } 1021}$. Tp. $\frac{37,3}{37}$. P. 84, regelmäſsig, ziemlich klein. Immer etwas Jucken und Prickeln in der Haut des Truncus und der Extremitäten; keine Hyperästhesie. Schmerzen in beiden Schultern bei Bewegungen ohne etwas objektiv Abnormes. Das Kopfweh aufgehört, der Schlaf gut. Patientin ist 6—7 Stunden täglich aus dem Bette; ebenso wie früher Kurzatmigkeit und Herzklopfen beim Treppensteigen, samt Mattigkeit in den Beinen. Die Fülle des Gesichts ungefähr normal; beginnende kleienförmige Abschilferung am Truncus und den Extremitäten, nicht im Gesichte; der Schweiſs etwas geringer, die Sudamina eingetrocknet. Die Funktionen in Ordnung.

24./6. $\frac{\text{D. } 1000 +}{\text{Sp. Gew. } 1020}$. Tp. $\frac{37,8}{37,2}$. Das Jucken abgenommen. Körpergewicht 59200 g (÷ 2300 g).

27./6. $\frac{\text{D. } 1000 +}{\text{Sp. Gew. } 1020}$. Tp. $\frac{38,1}{37,3}$. P. 84, regelmäſsig, ziemlich kräftig. Noch Schmerzen in der Tiefe um beide Schultern bei Bewegungen, nichts objektiv Abnormes. Die Haut des Haarbodens mehr normal, keine Lanugo. Das Zahnfleisch bedeutend besser. Stethoscopia cordis normal. Urin ohne Eiweiſs.

1./7. $\frac{\text{D. } 700 +}{\text{Sp. Gew. } 1022}$. Tp. $\frac{38}{37,2}$. Körpergewicht 57500 g (÷ 1700 g).

4./7. $\frac{\text{D. } 800 +}{\text{Sp. Gew. } 1023}$. Tp. $\frac{37,9}{37,1}$. P. 90, regelmäſsig, ziemlich klein. Die Schmerzen in den Schultern geringer. Die Schwellung der Haut vollkommen geschwunden; die Abschilferung, die im ganzen gering war, hat aufgehört. Das Gedächtnis etwas besser.

---

[6] + bezeichnet, daſs etwas Urin beim Stuhlgange verloren gegangen ist.

Gesichtsausdruck matt, die Farbe ziemlich anämisch; den gröfsten Teil des Tages ist sie aus dem Bette, klagt aber in den späteren Tagen über gröfsere Mattigkeit, besonders in den Beinen beim Gehen, und fühlt sich dann auch etwas mehr kurzatmig, als früher. Der Appetit in der letzten Zeit etwas geringer, die Funktionen sonst in Ordnung.

Rp. 6 Pillen täglich.

8./7. $\frac{\text{D. } 800 +}{\text{Sp. Gew. } 1022}$. Tp. $\frac{37,9}{37,2}$. Urin ohne Albumen. Körpergewicht 56520 g (÷ 980 g).

10./7. $\frac{\text{D. } 600 +}{\text{Sp. Gew. } 1024}$. Tp. $\frac{37,9}{37,6}$. P. 84, regelmäfsig, mittelkräftig. Die Mattigkeit etwas geringer, noch etwas Kurzatmigkeit und Herzklopfen, aber nur beim Gehen. Die Schmerzen in den Schultern aufgehört. Ab und zu noch ein wenig Prickeln in den Fingern. Die Haut des Haarbodens fast ganz normal, keine deutlichen Wollhaare. Das Gedächtnis soll jetzt ungefähr ebensogut sein wie vor Anfang der Krankheit. Die übrigen krankhaften Symptome verschwunden, alle Funktionen in Ordnung.

15./7. $\frac{\text{D. } 580 +}{\text{Sp. Gew. } 1021}$. Tp. $\frac{37,7}{37,2}$. Die Mattigkeit hat aufgehört. Wohlbefinden. Körpergewicht 55000 g (÷ 1520 g). Gewichtsverlust im ganzen (vom 3./6 ab) 12500 g. Sie wird aus dem Krankenhause entlassen, soll aber zu Hause mit dem Gebrauche der Pillen fortfahren.

Durch die Liebenswürdigkeit des früher behandelnden Arztes, Dr. Gram-Hansen, hatte ich Gelegenheit, die Behandlung der Patientin zu leiten, nachdem sie das Hospital verlassen hatte. Gleich darauf hörte sie wegen vorübergehender vermehrter Mattigkeit mit dem Gebrauche der Pillen in zehn Tagen auf und bekam dann, aufser wie gewöhnlich eine besonders reichliche und nahrhafte Kost, allein Pill. chin. ferr.; darauf nahm sie die Behandlung wieder auf mit 2 Pill. gland. thyr. sicc.,[7] à 10 cg täglich, womit sie später ununterbrochen fortfuhr.

Die Mattigkeit nahm nur langsam ab, ebenso die schon bei leichteren Anstrengungen eintretende Kurzatmigkeit und Herzklopfen; aber nach einem vierwöchentlichen Aufenthalte auf dem Lande (im August) war hierin eine bedeutende Besserung zu spüren, und bei der letzten Untersuchung am 20. Oktober klagte sie nur über etwas Müdigkeit und Kurzatmigkeit (kein Herzklopfen), wenn sie längere Spazierfahrten machte, und fühlte sich sonst vollkommen gesund. Ihr Ernährungszustand war gut; bei der letzten Wägung (18./9) zeigte es sich, dafs sie 6500 g zugenommen, seitdem sie das Krankenhaus verlassen hatte (15./7); der

[7] Die Pillen, welche die Patientin benutzte, nachdem sie das Hospital verlassen hatte, waren im März zubereitet worden.

Gesichtsausdruck war natürlich, die Sprache und die Bewegungen nicht träge, wie früher. Die Haut war überall normal; — kurze Zeit vorher hatte sich vorübergehend etwas Abschilferung in großen Lamellen an den Fersen eingestellt; — die warzenähnlichen Exkrescenzen am Truncus waren verschwunden; überall an den früher kahlen Stellen fand sich neuer, wenn auch ziemlich sparsamer Haarwuchs (im Haarboden ungefähr 2—3 cm langes, neues Haar). Schweißsekretion und Hautwärme normal, ebenso das Zahnfleisch, kein Foetor ex ore. Die Stimmung gut, die geistigen Fähigkeiten (insbesondere auch das Gedächtnis) und der Schlaf wie vor der Krankheit. Sie will bemerkt haben, daß das Gehör, welches in geringem Grade während der Krankheit abgenommen hatte, während der Behandlung sich gebessert hatte; dagegen muß sie noch Brillen beim Lesen benutzen. Die Digestion und die übrigen Funktionen in Ordnung. Stethoskopie normal. P. 80, regelmäßig, mittelkräftig. Urin ohne Eiweiß und Zucker. Die Gland. thyr. nicht zu fühlen. Als die Patientin die Stadt verlassen mußte, wurde ihr aufgetragen, zukünftig das ganze Leben hindurch jeden zweiten Tag eine halbe gekochte Glandula thyreoidea (vom Kalbe) zu genießen.

Wie aus diesem Resultate der Behandlung hervorgeht, ist es unzweifelhaft, daß die Drüsen durch das Eintrocknen ihre Wirkung nicht eingebüßt haben, und es scheint auch, daß das Präparat wenigstens mehrere Monate hindurch haltbar ist. Die Wirkung trat ziemlich schnell ein, indem sich schon eine Woche nach Anfang der Behandlung Schweißsekretion und Wärmegefühl im Körper einstellte und ein paar Tage später die myxödematöse Geschwulst etwas abgenommen hatte, worauf die Symptome der Krankheit im ganzen nach und nach schwanden. Indessen ging diese Besserung doch nicht so wenig langsamer vor sich, als bei der anderen, früher erwähnten Patientin, Frl. G., was sicher von der weit geringeren Dosis der Drüsen herrührt. Während nämlich Frl. G. mit einer ganzen (gekochten) Drüse täglich angefangen hat, hat diese Patientin, wie angeführt, nur mit 2 Pill. gland. thyr. sicc., à 5 cg täglich (= 1/8 frische Drüse täglich), angefangen und ist nach und nach im Laufe von 14 Tagen bis zur höchsten Dosis: 7 Pillen täglich, entsprechend kaum einer halben frischen Drüse gestiegen.

Gleichzeitig waren auch die Reaktionssymptome viel weniger ausgesprochen, und es war erst, nachdem die Patientin sieben Pillen täglich erreicht hatte, daß sie, außer über Kopfweh, welches kurze Zeit vorher angefangen hatte, zugleich über etwas Schwindelgefühl, Schmerzen in den Schultern und nach einiger Zeit auch über vermehrte Mattigkeit und Kurzatmigkeit klagte, weshalb sie wieder auf sechs Pillen täglich herabging. Im ganzen waren diese Symptome doch nicht in sehr hohem Grade vorhanden, was außer von der geringeren Dosis der Drüsen doch vielleicht

auch zum kleineren Teile davon herrühren kann, daſs die Krankheit bei ihr nicht vollkommen so stark entwickelt war, wie bei der anderen Patientin. Was die übrigen Reaktionssymptome betrifft, so waren die Hautparästhesien (Jucken und Prickeln), wie auch die Abschilferung der Epidermis ebenfalls ziemlich gering, wogegen sich ziemlich starke Schweiſssekretion und sehr bedeutender Gewichtsverlust fand, indem die Patientin trotz einer nährenden Kost und eines ganz guten Appetites doch während des ersten Teiles der Behandlung 3000 g in der Woche verlor, und der Gewichtsverlust im ganzen während des Aufenthaltes im Hospitale (im ganzen 1½ Monat) 12500 g betrug. Während der Behandlung im Krankenhause ward die Temperatur täglich gemessen[8] und zeigte sich im ganzen ziemlich normal. Die Morgentemperatur (am niedrigsten 36,7, am höchsten 37,6) war ziemlich konstant ein paar Decigrad über 37°; die Abendtemperatur, zwischen 37,1 und 38,1 schwankend, war in den letzten zwei bis drei Wochen der Behandlung als Regel 37,9 und durchgehends ein paar Decigrad höher, als in den ersten Wochen derselben. Der Puls, in der ersten Zeit etwas über 60, schwach und unregelmäſsig, stieg später etwas über 80 und ward gleichzeitig regelmäſsig und kräftiger. Der Urin zeigte sich bei wiederholten Untersuchungen ohne Eiweiſs und Zucker. Die Diurese war nicht sehr groſs und ohne bemerkenswerten Unterschied im ersten und letzten Teile der Behandlung; sie schwankte zwischen 580 + und 1600 g und betrug am häufigsten ungefähr 1000 g. Das spezifische Gewicht war sehr selten unterhalb 1020, am häufigsten etwas darüber (bis 1025), in der Regel 1022.

Die bei dieser Patientin während der Behandlung aufgetretenen Symptome scheinen somit die in meiner früheren Mitteilung ausgesprochene und sehr naheliegende Vermutung zu bestätigen, daſs *man durch die Dosierung der Drüsen bis zu einem gewissen Grade die Schnelligkeit des Schwindens der krankhaften Symptome, und namentlich dadurch auch die Stärke der Reaktionsphänomene, beeinflussen könnte*, was von sehr groſser Bedeutung sein kann, besonders in weit vorgeschrittenen Fällen der Krankheit, wo man sehr ernste und sogar tödliche Komplikationen namentlich von seiten des Herzens befürchten kann. Es ist dann namentlich unter solchen Verhältnissen ein Vorteil, ein leicht dosierbares Präparat zu besitzen. Bei Benutzung der Pill. gland. thyr. sicc. wird man wohl am besten mit 10 cg täglich anfangen, um darauf, je nach der mehr oder weniger ernsten Natur der Krankheit und der eintretenden Reaktionssymptome, mit 5 bis 10 cg mit einem Zwischenraume von mehreren oder wenigeren Tagen zu steigen; eine gröſsere Steigerung als bis zu 40 cg täglich (= eine halbe frische

[8] Die Aufzeichnungen jedes einzelnen Tages finden sich im oben angeführten Journale, das etwas verkürzt ist, nicht wiedergegeben.

Drüse) wird wohl kaum nötig werden; das Präparat soll am liebsten so frisch wie möglich sein. Während der Behandlung soll der Patient eine reichliche, nahrhafte und leicht verdauliche Kost haben und, jedenfalls in der ersten Zeit, im Bette gehalten werden. Nach dem Schwinden der Symptome scheint es genug zwei Pillen à 10 cg täglich oder eine halbe frische Drüse jeden zweiten Tag zu nehmen, um dem Zurückkehren der Symptome vorzubeugen, und hiermit mufs dann der Patient das ganze übrige Leben hindurch fortfahren.

Aus der Praxis.

Beitrag zur Behandlung der Schweifsfüfse.

Von

Dr. med. C. H. NEEBE-Hamburg.

Viele Praktiker kommen gewifs oft in einige Verlegenheit, wenn an sie das Verlangen gestellt wird, Schweifsfüfse oder, wie man euphemistisch wohl meistens zu sagen pflegt, kalte Füfse nach einer gut ausprobierten Methode zu behandeln. Die Mittel, welche gegen dieses häufige Leiden angepriesen werden, sind bekanntlich sehr zahlreich. Die Methoden, welche in Lehrbüchern und selbst in Lehrbüchern für Hautkrankheiten angegeben werden, haben allgemeine Anerkennung nicht gefunden, weil dieselben als zu umständlich oder auch als absolut unbrauchbar erkannt wurden. Dafs die Behandlung der Schweifsfüfse aber eine absolut sichere, mit geringer Mühe verknüpfte und zudem noch eine billige ist, wird sich aus den nachfolgenden Betrachtungen ergeben.

Wenn wir alle diejenigen Methoden, welche sich in den letzten Jahrzehnten ein gewisses Ansehen in der Behandlung der Schweifsfüfse verschafft haben, Revue passieren lassen, so können wir folgende vier Gruppen aufstellen.

1. Versuchte man durch Anwendung möglichst bequemer Fufsbekleidung die Verdunstung des Schweifses zu begünstigen.

2. Wandte man chemisch austrocknende Mittel an.

3. Sah HEBRA die gründliche Schälung der Hornschicht der Fufssohlen als die conditio sine qua non an.

4. Komponierte BRANDAU seinen Liquor antihidrorrhoicus, durch welchen die Schälung der Hornschicht in sichererer und allen Anforderungen der Praxis entsprechenderer Weise erreicht wurde als durch die HEBRAsche Salbenmethode.

Ad 1. Es ist eine von allen Ärzten anerkannte Thatsache, daſs den an kalten Füſsen leidenden Patienten nicht dringend genug eine zweckmäſsige Fuſsbekleidung anempfohlen werden kann. Der Fuſs muſs bequem im Stiefel sitzen, damit keine Cirkulationsbehinderung, Druck etc. hervorgerufen wird. Das Oberleder wird am besten durch einen Wollstoff ersetzt. Schaftstiefel für Männer, Halbschuhe für Damen haben sich als praktisch bewährt. Zu perhorrescieren sind enge Stiefel jeder Art, Schnürstiefel, Schuhe mit Gummizügen. Von patentierten Stiefeln, welche alle Bedingungen an eine gute Fuſsbekleidung erfüllen, hat sich, soviel ich weiſs, der von Prof. Jäger angegebene Zeugstiefel am besten bewährt. Ich kenne Kollegen, welche seit Jahren diese Stiefel tragen und stets auſserordentlich zufrieden sind: die Füſse bleiben in diesen Stiefeln gut warm, weil durch zweckmäſsige Konstruktion die Verdunstung des Schweiſses in vollkommenster Weise erreicht wird. Daſs alle Einlagen von Filz, Pelz, Kork etc., sowie doppelte Strümpfe nur höchst unzweckmäſsige Schweiſsreservoirs darstellen, ist nach vorstehendem selbstverständlich. Daſs aber selbst sehr bequeme Stiefel nicht im stande sind, dem lästigen Übel vorzubeugen, lehrt die Erfahrung bei den Soldaten: 60—70% aller Mannschaften der deutschen Armee leidet an Schweiſsfüſsen.

Ad 2. Die chemisch austrocknenden Mittel haben die eingehendsten Prüfungen von seiten der Praktiker und der Militärbehörden gefunden. Die bewährtesten sind folgende:

a) Alkohol mit Zusätzen von Tannin, Alaun, Naphtol;

b) pulverförmige: Salicyl-Talcum, Salicyl-Alaun-Talcum, Salicyl-Tannin-Amylum, gepulverte Weinsteinsäure, last not least: Schwefel;

c) 5—10%ige Chromsäurelösung:

d) Eisenchlorid mit Glycerin.

Der meisten Beliebtheit erfreuen sich heute noch die Einpinselungen von 5—10%iger Chromsäure und das Militärschweiſspulver; das letztere wurde durch Steigerung des Zusatzes von Salicylsäure bis 50% und durch Kombination mit Tannin, Alaun etc. bedeutend verbessert. Die gepulverte Weinsteinsäure (Lesser) habe ich stets erfolglos angewendet. Allseitig haben diese Mittel nie zu befriedigen vermocht. Besserung, aber keine definitive Heilung war stets das Endresultat.

Ad 3. Der Erste, welcher nach langen vergeblichen Versuchen einen neuen Gesichtspunkt für die Therapie der Schweiſsfüſse einführte, war Hebra sen. Seine Behandlung mit Unguentum diachylon bezweckte eine vollständige Schälung der Hornschicht der Fuſssohle und der Haut zwischen den Zehen. Die Methode war aber erstens zu umständlich, zweitens lieſs sie auch in zahlreichen Fällen, in welchen die Vorschriften genau befolgt wurden, vollständig im Stich.

Ad 4. Dr. J. V. BRANDAUS Liquor antihidrorrhoicus erreicht im Prinzip dasselbe, was HEBRA als notwendig erachtete, aber nur in weit sichererer Weise und auf viel praktischerem Wege. Es ist nicht recht ersichtlich, warum selbst in der neuesten Auflage von KAPOSI, LESSER, BESNIER und DOYON, WOLF etc. die BRANDAUsche Methode vollständig ignoriert wird. BRANDAUS Methode der Behandlung der Schweifsfüfse mufs nach meinen Erfahrungen zweifelsohne als die beste und wirksamste angesehen werden. Für die vortreffliche Wirkung des Liquor antihidrorrhoicus spricht die aufserordentlich grofse Verbreitung des Mittels in allen Kulturländern.

Für das Militär und für das Publikum im grofsen und ganzen ist das Mittel aber bei weitem zu teuer. Ich versuchte deshalb mit dem hauptsächlichsten Bestandteil des BRANDAUschen Mittels, der Salzsäure, dasselbe Resultat zu erreichen. Nach fünfjährigen Versuchen mit der gewöhnlichen, bei jedem Droguisten erhältlichen **rohen Salzsäure** und mit dem BRANDAUschen Liquor kann ich nur sagen, dafs ich keinen wesentlichen Unterschied in der Wirkungsweise beider Flüssigkeiten aufzufinden vermochte. Stets habe ich die von BRANDAU angegebenen, sehr zweckmäfsigen und praktischen Regeln beobachtet. Bei wunden und sehr zarten Füfsen, besonders bei Beginn der Kur in der heifsen Jahreszeit liefs ich erst 8—10 Tage Militärschweifspulver in die Socken streuen. Es ist ratsam, das Bad abends zu nehmen. Man kleide sich recht bequem (Schlafrock etc.), Die rohe Salzsäure wird in eine Schale von Glas, Porzellan oder Steingut gegossen, in welcher die Füfse bequem nebeneinander Platz haben. Da die Fufssohlen und die Haut zwischen den Zehen der Sitz der Erkrankung sind, so wird soviel rohe Salzsäure in die Schale gegeben, dafs die Fufssohlen ganz bedeckt werden. Mit dem Fufsrücken darf die Flüssigkeit niemals durch Bespritzen etc. in Berührung kommen. Beim Bad wird erst die Hacke 5, dann die ganze Fufssohle noch 10 Minuten in die Schale hineingestellt. Nach dem Bad werden die Füfse und besonders sorgfältig die Zwischenzehenpartien in einem warmen Seifenbad gewaschen. Entstehen während des Badens Schmerzen, so mufs das Bad sofort unterbrochen werden und die schmerzhafte Stelle bis zur vollständigen Verheilung mit Salbe behandelt werden. Der rohen Salzsäure entsteigen zum Husten heftig anregende Dämpfe. Diesen Übelstand beseitigt man am besten dadurch, dafs man einen Badeschwamm, ein Taschentuch etc. mehrmals in Wasser taucht und vor Nase und Mund hält. Man läfst zweimal wöchentlich und zwar im ganzen 5—8 Wochen lang baden; später seltener.

Die meisten Patienten befürchten, dafs die rohe Salzsäure viel zu stark sei; dies ist jedoch nicht der Fall, wie ich aus eigener und anderer

Erfahrung weiſs. Sehr zarten und ängstlichen Patienten gebe ich den Rat, 25% Wasser zuzusetzen und nach einigen Bädern zur rohen unverdünnten Salzsäure überzugehen. Mit einem Liter roher Salzsäure (Liter 35 Pf.) dürfte ein jeder im stande sein, selbst den hartnäckigsten Fall von Schweiſsfuſs zu kurieren. Bei Recidiven genügen kürzere Kuren.

Für Patienten, welchen diese Badeform zu umständlich war, habe ich folgendes Verfahren ebenfalls seit mehreren Jahren mit besserem Erfolge als mit Chromsäure angewendet: Täglich werden morgens Fuſssohlen und Zwischenzehenpartien mit einer 10%igen alkoholischen Argent. nitr.-lösung bestrichen; dies Verfahren wird solange fortgesetzt, bis die ganze Hornschicht der Fuſssohle und der Zwischenzehenpartien sich in groſsen Fetzen loslöst. Nach einer einmaligen, meist nach 8—14 Tagen eintretenden gründlichen Abschälung lieſs ich das Mittel nur noch dann und wann auftragen. Ich habe diese alkoholische Argentumlösung z. B. angewendet bei einem Herrn, welcher im Sommer genötigt war, dreimal täglich die Strümpfe zu wechseln: die Strümpfe waren stets so naſs, daſs der Patient sie fast ausringen konnte. Jetzt, nach 1½ Jahren, ist dieser Patient noch vollkommen geheilt. Auch mehrere Pferdebahnschaffner und Offiziersburschen habe ich durch dieses Mittel mit gleich gutem Resultate geheilt. Meiner Ansicht nach werden wir mit allen Mitteln, welche eine gründliche, langsame Schälung der Oberhaut der Fuſssohle bewirken, ähnliche günstige Resultate erzielen.

Bekanntlich hat Brandau darauf von neuem aufmerksam gemacht, daſs Schweiſsfüſse oft die Veranlassung sind für Kongestionszustände zu Schleimhäuten, und daſs Katarrhe dieser Schleimhäute bei Schweiſsfüſslern der Therapie oft hartnäckig trotzen. Mit der gründlichen Heilung der Schweiſsfüſse schwinden dann oft die Katarrhe in sehr kurzer Zeit. Von den Schleimhauterkrankungen des Respirationstraktus habe ich bei Stirnhöhlenkopfschmerzen, chronischen Nasen- und Nasenrachenkatarrhen, chronischen Tubenkatarrhen, chronischen Kehlkopftrachea- und Bronchienkatarrhen auffallend günstige Beeinflussung wahrgenommen. Über Asthma und Migräne bei Schweiſsfuſskranken habe ich leider keine Erfahrung. Daſs chronische Magendarmkatarrhe oft überraschend und dauernd schwinden nur nach gründlicher Beseitigung der Schweiſsfüſse, war eine uns von Herrn Geheimrat Professor Kussmaul oft eingeprägte Erfahrungsthatsache. Über chronische Kongestionszustände der Uterusschleimhaut, bedingt durch Schweiſsfüſse, habe ich wenig Erfahrung. Ich möchte aber diejenigen Herren Kollegen, welche mit Schleimhauterkrankungen zu thun haben, bitten, auf das Bestehen von Schweiſsfüſsen zu achten und nur solche für eine kritische Verwertung zu benutzen, welche eine Kur gründlich und erfolgreich angewendet haben.

Einen Fall, welcher den Einfluſs der Schweiſsfüſse auf Schleimhauterkrankungen deutlich illustriert, will ich zum Schluſs anführen. Es handelt sich um eine Patientin, deren Gesundheitszustand ich seit 20 Jahren sehr genau kenne. Patientin, kräftig und gesund aussehend, ist jetzt 35 Jahre alt, unverheiratet. Seit ihrem 15. Jahre leidet sie an verstopfter Nase und Schnarchen nachts. Mitte der Zwanziger entwickelte sich allmählich Schwerhörigkeit mit auſserordentlich lästigen Geräuschen: Klingen, Glockenläuten, Brausen, Sausen etc. Wegen dieser Beschwerden wurde Patientin von ihrem 25.—31. Jahre von namhaften Spezialisten jedesmal monatelang mit den üblichen Methoden behandelt (Pollitzer, Nasenduschen, Einblasungen von Pulvern, Bougies, scharfer Löffel, Galvanokaustik). Der Erfolg der Behandlung war bald ein zufriedenstellender, bald war überhaupt keinerlei Änderung wahrnehmbar. Patientin schaffte sich auf Rat ihrer Ärzte wollenes Unterzeug an, trieb Hydrotherapie, Zimmergymnastik, besuchte Hochgebirge, Ostsee, alles mit schwankendem Erfolge. In dem 31. Jahre waren auch die Menstruationen schmerzhafter geworden, ohne daſs ein sehr bedeutender Gynäkologe eine Ursache aufzufinden vermochte: derselbe war aber der Ansicht, daſs Kongestionszustände der Uterusschleimhaut ein Hindernis für den Abfluſs des Blutes abgeben möchten. Ich erfuhr nun 1891 von der Patientin folgendes: Schon seit Jahren leide sie sehr stark an kalten Füſsen. Nachts könne sie oft vor zwei bis drei Uhr nicht wegen ihrer kalten Füſse einschlafen. Strümpfe, Wärmflaschen etc. hätten nur geringen Effekt. Weder ich, noch irgend einer der vielen Spezialärzte hatten dieses Fuſsleiden der Berücksichtigung für wert gehalten. Der Fall schien mir nun sehr geeignet für eine Kur mit Liq. antihidrorrhoicus Brandau: Nach vierwöchentlicher Kur war die Nase wieder frei, das Schnarchen lieſs nach, die Stirnkopfschmerzen schwanden; Patientin konnte wieder mit Genuſs ihre Lektüre aufnehmen und an der Unterhaltung teilnehmen. Auch die Ohrgeräusche wurden schwächer und verschwanden nach einigen Wochen vollkommen. Das Gehör selbst stellte sich vollständig wieder ein. Auch die Menstruationen wurden wieder vollkommen normal, so daſs ich die Diagnose des Gynäkologen für richtig ansehen muſs. Auſser der Behandlung der Füſse war nichts geschehen. Patientin ist seit jener Kur so wenig von ihrem Nasen- und Ohrenleiden belästigt, daſs sie seit 1891 keine ärztliche Hülfe mehr in Anspruch nimmt. Bei naſskaltem Wetter hört Patientin wohl schlechter und klagt auch hier und da über eingenommenen Kopf; Ohrgeräusche treten nur höchst selten noch auf.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 5. Dezember 1893.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Lassar stellt einige Patienten vor. Er erwähnt zunächst aus der Litteratur, dafs Herr Hassel in den *Annales de Dermatologie* eine ganz **besondere Form der Alopecie bei der Syphilis** findet. Er hat im Laufe der letzten Monate einen jungen Menschen mit Leukoderma und fleckartiger Alopecia gesehen, der bis vor der Acquisition der Syphilis vollständig normales Haar besafs. — Er stellt einen jungen Mann vor, der vor einigen Tagen zu ihm kam mit Alopecie ohne eine Spur von Lues. Man darf von der Alopecie nicht gleich auf Lues schliefsen; hier gleicht die Alopecie der spezifischen, ohne dafs Lues vorausgegangen ist. — Er stellt ferner eine Form der Erkrankung vor, über die man verschiedener Ansicht sein kann. Den Ausschlag kann man sehr leicht für Lues halten, besonders aus den Narben heraus, aus der bogenförmigen Anordnung der Efflorescenzen. Am Arme sind ganz frische Eruptionen in Form von kleinen Papeln. Das Leiden besteht seit Jahren, es ist am Fufse zuerst aufgetreten, der Mann hat vergeblich spezifische Kuren durchgemacht. Es handelt sich hier wahrscheinlich um eine **eigenartige Form von Acne pustulosa.**

Herr Lewin meint, dafs man an Syphilis hierbei nicht denken kann.

Herr Lilienthal stellt einen Patienten vor, der mit Harnröhrenausflufs zu ihm kam. Nach einigen Wochen schwoll die Glans penis an und der Ausflufs bestand weiter. Seit vierzehn Tagen zeigt sich ein syphilitischer Ausschlag, ohne dafs eine Sklerose zu finden ist. Gonokokken waren in dem eigentümlich serösen Sekret nicht zu finden. **In der vorderen Harnröhre** fühlt man die **Sklerose** namentlich an der unteren Hälfte. Man sollte daher jeden Harnröhrenausflufs auf Gonokokken untersuchen, selbst das negative Ergebnis ist von Wichtigkeit.

Herr Lewin: Eine echte Sklerose ist nicht vorhanden, sondern sie ist mittelweich, diese Fälle sind sehr selten, ganz ähnlich wie an der Lippe.

Herr Saalfeld stellt einen Patienten vor, der im Mai v. J. an **Gelbsucht und Hautjucken** erkrankte; er konstatierte hochgradigen Ikterus mit starker Macies, die er jedoch immer gehabt haben will. In der Gegend der Gallenblase mehrere Tumoren, einer im Anschlufs an die Gallenblase; zwei Tumoren in der Haut; der linke Leberlappen sehr persistent, aufserdem zahlreiche Tumoren an einzelnen Stellen der Haut. Die Diagnose wurde von Herrn Hansemann auf **Carcinom** gestellt. Die primäre Erkrankung wird wohl von der Vesica felleae ausgehen. In der letzten Zeit ist das Jucken über den Hautknoten am stärksten geworden.

Herr Rosenthal **zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre:** Er empfiehlt als Unterstützungsmittel zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre den gefensterten Zinkleimverband. Die Majorität dieser Geschwüre beruht auf variköser Basis, es kommt zu Stauungen und Ödembildungen, welche Erscheinungen der Behandlung einen aufserordentlichen Widerstand entgegensetzen. Der geschlossene Zinkleimverband hat den Nachteil, dafs das Sekret verhalten wird und die Randpartien gereizt werden, dafs der Verband oft durchtränkt und häufig gewechselt werden mufs. Der gefensterte Zinkleimverband eignet sich für alle diejenigen Geschwüre, die sich nicht zu sehr ausdehnen, vor allen Dingen nicht für die cirkulären, weil dann der Unter-

schenkel nicht genügend komprimiert werden kann. Die Geschwüre dürfen nicht über handbreit grofs sein. Wenn die Umgebung stark näfste, hat er vorher mit Alumen acet. etc. dieselbe behandelt. Man deckt das Geschwür mit einem Uhrglase zu, es wird dann der ganze Unterschenkel mit Zinkleim bestrichen, dann eine Gazebinde, dann wieder eine Zinkleimlage. Es bleibt dann in der Umgebung des Geschwüres eine freie Partie übrig. Man nimmt dann Watte und bestreicht die freigebliebenen Stellen mit Zinkleim, die Umgebung wird mit einer Photoxyllinlage geschützt. Er hat mit dieser Behandlungsmethode sehr gute Erfolge gehabt. Drei Patienten werden vorgestellt.

Herr Karewski: Er hat im Augenblicke 3—400 Unterschenkelgeschwüre in Behandlung, er hat ebenfalls gefensterte Zinkleimverbände angelegt. Es ist ihm aber niemals gelungen, unter dem Zinkleimverbande eine Heilung zu erzielen, vor allen Dingen aber, was sehr wesentlich ist, ein Recidiv zu vermeiden. Die Behandlung verlangt aseptische Verhältnisse; bei einem Verbande, der sechs bis acht Wochen liegt, ist das schwer zu erreichen. Man darf die Patienten nicht ambulant behandeln, sondern stationär. Es kommt vor allem darauf an: erstens die Varicen und zweitens die Ulcerationen zu beseitigen. Durch die Exstirpation der Varicen und Transplantation von gesunder Haut kann man Heilung ohne Recidiv erreichen. Er hat diese beiden Operationen zu gleicher Zeit in einer Sitzung gemacht. Er hat Patienten behandelt, die schon drei bis vier Jahre eine dauernde Heilung zeigen. Die Varicenoperation hat keine Gefahr für die Patienten und fesselt sie nicht so lange ans Bett. Operativ kann man die Geschwüre in drei bis vier Wochen heilen, wenn sie auch noch gröfser sind als der zweite vorgestellte Patient es zeigt. Nach der Heilung macht man zum Schutz den Zinkleimverband. Eine dauernde Heilung ist unmöglich, wenn man nicht den Geschwürsgrund durch gesunde Haut bedeckt.

Herr Rosenthal: Der gefensterte Zinkleimverband dient nur zur Unterstützung in der Behandlung, er heilt aufserhalb des Zinkleimverbandes und nur mit Hülfe desselben, es ist ihm gelungen, eine Anzahl Fälle auf diesem Wege zu heilen. Die antiseptische Behandlung führt zu starker Reizung; es giebt Geschwüre, bei denen eine $^1/_2$%ige Lösung von Alumen acet. grofse Schmerzen hervorruft.

Herr Heller **über Sarkom des Hodens** mit Demonstration von Präparaten. Es handelt sich um einen Tumor des linken Hodens bei einem 34jährigen Manne; der Vater ist syphilitisch, Mutter ebenfalls krank, in der Jugend hat er an einem hartnäckigen Ausschlag gelitten, er hat nur einen Tripper gehabt; dreimal hat seine Frau abortiert, zwei normale Geburten, ein Kind ist gestorben; in der Placenta fand sich ein weifser Infarkt. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkte er eine Schwellung des linken Hodens, die für Hydrocele gehalten wurde. Ein Jahr später fiel ihm ein Werkzeug auf den Hoden, es entstand eine Geschwulst, Punktion ergab nichts. Die Radikaloperation wurde gemacht, der Hoden selbst war aber ganz gesund. Erkrankt war vor allem der Nebenhoden, der Hoden war von einem dicken schwieligen Bindegewebe eingehüllt. Er wurde spezifisch behandelt, aber ohne Erfolg. Bei der ersten Operation wurde eine Cyste entleert mit einem Efslöffel einer blutigen Flüssigkeit. Es wurde dann die Kastration vorgenommen, die Heilung ist normal verlaufen. Interessant ist dieser Fall in psychiatrischer Beziehung. Der Kranke zeigte eine eigentümliche psychische Veränderung. Es stellte sich eine vollkommene Paranoia heraus, deren Hauptideen sich um die sexuelle Sphäre gruppierten. Er stellte hohe sexuelle Anforderungen an seine Frau, er beschuldigte seinen Bruder grundlos des Ehebruchs. Es trat dann eine erhebliche Besserung ein. Bei seinen Erzählungen gewann man die Überzeugung, als habe er Recht; jedoch eine einzige Bemerkung erhellte die Sachlage; er fing mit einem Male an, auseinanderzusetzen, seine Krankheit sei eine

Folge der Unzucht, die sein Bruder mit seiner Frau getrieben habe. Zwischen dem Hodentumor und der psychischen Störung liegt wahrscheinlich eine Beziehung; der Tumor rief einen Reiz hervor, der zu sexuellen Excessen führte. Da die Frau nicht darauf einging, kam es zu diesen Beschuldigungen. Als der Hoden eine gewisse Gröfse erreicht hatte, cessierten die Erscheinungen, und der Patient liefs von seinen Vorstellungen ab.

Der Tumor geht aus vom Corpus Highmori, nach LEWIN ist dasselbe sehr häufig der Ausgangspunkt von Tumoren. Vor allem ist der Nebenhoden ergriffen, aufserdem finden sich eine Reihe von Cysten. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt alveoläres Sarkom. Das schwielige Gewebe besteht aus einem dichten Netz von Bindegewebe, welches eine Masse von Sarkomzellen zeigt; die Zellen zeigen durchaus nicht den epithelialen Typus. In den Cysten fand sich Cholestearin und eine Detritusmasse, ähnlich dem eines Atheroms. Zuerst hat wahrscheinlich die Periorchitis bestanden, später ist sie inficiert worden mit Sarkommetastasen. Lues ist nicht vorhanden, da keine Erweichungszustände vorhanden sind.

Herr LASSAR: In Breslau an der psychiatrischen Klinik habe er einen ganz gleichen Fall beobachtet, wo der Prinzipal des Patienten der beschuldigte Teil war; eine Hodenerkrankung lag jedoch hier nicht vor. Man darf von einem Falle nicht verallgemeinern.

Herr LEDERMANN stellt einen Fall vor von **Eccema marginatum**, beginnend an den Schenkelbeugen, von da auf den Vorderarm übertragen; in den Pilzfäden fand sich eine Menge von Conidien.

Herr LEWIN stellt einen Fall vor von **Vitiligo oder Albuminismus partialis.** In der letzten Zeit ist eine Arbeit erschienen, die ziemlich sicher mit grofsem Fleifse nachweist, dafs die Zaraath der Bibel der Vitiligo entspricht. Das deckt sich mit der Ansicht von CELSUS, ALVOS etc., welche sie von der Lepra trennen, während BEDEMANN es teilweise vermischt. Das beste Buch darüber ist von SACHS, er hat zuerst darauf hingewiesen, dafs das Haar eisenfrei ist. Heredität ist zweifelhaft. Es wurden, um dies festzustellen, Versuche mit Kaninchen gemacht, doch ohne sicheren Erfolg. Man hat bemerkt, dafs die Flecken gröfser werden, sich aber nicht verkleinern. Aufserdem werden die Personen als nervös geschildert. — Herr SAALFELD meint, dafs in ätiologischer Beziehung ein heftiger Schreck eine Rolle spielt.

Herr MARKIEWICZ: Bezüglich der Heredität erwähnt er eine Familie von drei Söhnen, welche vollständige Albinos sind, die Mutter ist sehr blond, der Vater dunkel.

Herr LEWIN: Heredität ist selten, aber sie kommt vor.

Herr LEWIN stellt einen **Fall vor von Lues**, welche früher die Erscheinungen der spastischen Spinalparalyse zeigte mit gesteigertem Sehnenreflex, Fufsklonus, konvulsivem Zittern. Nach einer antisyphilitischen Kur mit Injektionen von Quecksilberoxycyanid und später mit Darreichung von Jodkalium trat bedeutende Besserung ein. Jetzt kann die Patientin schon grofse Schritte machen, während sie vorher die Füfse auf den Boden hinschleifte. In ähnlichen Fällen hat er durch die Therapie nichts erreicht. Das ist jedoch hier ein frischer Fall von Syphilis.

Herr LEWIN stellt einen zweiten Fall vor, ein **Exanthem mit lichenartigem Charakter**, eigentümlich circumskript. Diese Flecke bestehen aus lauter kleinen Akneknötchen, die den Eindruck eines Lichen machen.

Herr LASSAR: In der That giebt es kleine papulöse Syphilide, welche von Lichen ruber überhaupt nicht zu unterscheiden sind.

Herr ISAAC: Der Lichen syphiliticus sieht nicht so rot aus, er hat eine mehr graue Farbe, die Knötchen sind ganz klein, es sieht so aus, als ob die Patienten

angespritzt worden wären. Die syphilitische Form tritt immer in gröfseren Gruppen auf. Die Patientin hat aufserdem noch Clavi syphilitici.

Herr Lewin: Das Syphilid juckt nie.

Herr Lewin über **Leukoderma:** Die Frage nach dem syphilitischen Ursprunge des Leukoderma hat in letzter Zeit eine grofse Rolle gespielt. Simon hat besonders die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, namentlich aber Neisser, ferner auch Lesser. Es wurden in der Charité bezüglich dessen Protokolle von ca. 8000 Patienten nach Farbe des Haares, Vorhandensein von Lues etc. geführt. Er teilte die Patienten ein: 1. in solche, die nicht syphilitisch waren, früher sowohl wie augenblicklich; 2. in solche, die zum ersten Male syphilitisch waren; 3. die mit Recidiven kamen; 4. die frische Syphilis besafsen, aber ohne Syphilis zurückkamen. Neisser meint, dafs Leukoderma sich niemals findet, wo Syphilis nicht vorhanden war. Ad I. Die genaue Untersuchung von 4800 Patienten ergab, dafs sie kein Zeichen von Syphilis zeigten und auch niemals sich syphilitisch inficierten. Eine Anzahl Autoren, wie Lesser, Riehl und Kaposi etc. meinen ebenfalls, dafs Leukoderma keineswegs für Syphilis charakteristisch sei. Ad II. Von 2130 Patienten, die zum ersten Male syphilitisch waren, zeigten 36% Leukoderma. Ad III. Von 2500 mit Recidiven zeigten 65%. Ad IV von Patienten, die früher syphilitisch waren und nur wegen lokaler Affektionen nach der Charité kamen, zeigten 69% Leukoderma.

Neisser giebt an, dafs er besonders bei Brünetten Leukoderma gefunden hat nach seinen Untersuchungen scheint die blonde Farbe mehr vorzuwiegen.

Ferner ergab sich, dafs Leukoderma für die Schwangerschaft nicht beweisend war, obwohl die Gravidität die Chromatosen begünstigt. — Aus den Roseolen soll sich nach Neisser Leukoderma entwickeln. Interessant ist diesbezüglich ein Fall bei einem Mädchen, welches Roseola im Nacken hatte; es entwickelte sich eine kleine Papel, dieselbe flachte ab, ringsherum entstand Leukoderma und hier herum Pigment, das Ganze glich einer Kokarde.

Der Einflufs der Therapie ist folgender: In mehr als 10% nahm es ab, in 30—70% bleibt es bestehen, in den anderen Fällen nimmt es zu. — Was die Pathogenese betrifft, so stammt das Pigment aus dem Blute und wird auf die Haut geführt durch die Chromatophoren, welche dem motorischen Nervensysteme unterstehen. Nun kann das Nervensystem nach allen Richtungen, von verschiedenen Zentren aus eine Chromatose hervorrufen. Sicher ist ein psychischer Einflufs in gewissen Fällen, nach Schreck und Ärger, bezüglich des Entstehens vorhanden. Ferner kann vom Gehirne aus, wahrscheinlich vom Calamus scriptorius, eine Pigmentierung, drittens vom Rückenmarke aus bei einer Anzahl von Erkrankungen, z. B. progressive Muskelatrophie, ausgehen.

Interessant ist ein von Herrn Rendel beschriebener Fall von Hemiatrophia facialis, wo sich Flecke zeigten. Die Hemiatrophie beruht auf Neuritis, und nur bei wirklicher Neuritis wird eine Pigmentierung hervorgerufen. Man braucht also nicht an trophische Nerven zu denken.

Das Leukoderma in unserem Falle ist zu erklären aus der Lähmung der Chromatophoren. Im Anfange der Syphilis traten hier nervöse Erscheinungen auf; es zeigte sich eine Zunahme des Kniephänomens, ferner Erscheinungen von Tabes. Es hat sich aber nie eine Tabes daraus entwickelt.

The American Association of Genito-urinary Surgeons.

Sitzung vom 20. u. 21. Juni 1893.

Dr. Fordyce-New York spricht über **Fälle von Harninfektion, wobei das Bacterium coli im Urin sich nachweisen liefs.**

In zwei Fällen betraf die Infektion die Urethra des Mannes und konnte auf operative Eingriffe zurückgeführt werden; in einem Falle bestand Cystitis bei einer weiblichen Person. In allen Fällen reagierte der Harn sauer und zeigte beinahe in Reinkultur das Bacterium coli commune.

Diskussion.

Dr. Bell meint, dafs noch eine grofse Lücke zwischen der Entdeckung des Bacterium coli und dem klinischen Bilde auszufüllen wäre, ehe man einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden als sicher annehmen könnte. Vor allem müsse klar gestellt werden, wie die Mikroorganismen beim Passieren der Urethra sich Eingang in den Urin verschafften. Redner sei zwar überzeugt, dafs das typische, mit Frösteln erhöhter Temperatur etc. einhergehende Urethralfieber auf ein chemisches, vielleicht der Klasse der Ptomaine angehöriges Gift zurückzuführen sei, aber der Beweis des ursächlichen Zusammenhanges zwischen jenem Zustande und dem Bacterium coli oder anderen Mikroorganismen sei noch zu erbringen.

Dr. Alexander: Die von Fordyce beschriebenen Fälle bestätigen die Thatsache, dafs wir Reinkulturen des Bacterium coli im Urin vorfinden, und dafs, wo jene vorhanden sind, in der Mehrzahl der Fälle Urethralfieber auftritt. Dieselbe Wahrnehmung habe er bei seinen Untersuchungen gemacht. Eine nahe Beziehung zwischen Bacterium coli und Urethralfieber bestehe sicher, wenn man auch nicht positiv behaupten kann, dafs ersteres die Ursache des letzteren sei, zumal in einzelnen Fällen trotz der strengsten Antisepsis der Eintritt des Urethralfiebers nicht verhindert werden konnte.

Dr. Bryson stimmt mehr mit Dr. Bells Ausführungen überein. Er habe Fälle gesehen, bei denen das Urethralfieber unmittelbar auf die Einführung einer Sonde auftrat, während dieselbe noch in der Urethra lag, und kein Grund da war, anzunehmen, dafs Urin in der Urethra vorhanden sei. Seiner Meinung nach können alle jene Mikroorganismen, welche eine Reizung, besonders in den Littréschen Drüsen oder in den Prostatadrüsen hervorrufen, auch Sepsis oder Urethralfieber oder Harnfieber verursachen. Es sei sehr wichtig, diese verschiedenen Formen des Fiebers streng auseinanderzuhalten.

Dr. Lewis fragt, ob Dr. Bryson den Nervenshock hier vollständig ausschliefse.

Dr. Bryson hat Nervenshock bis zur Ohnmacht, aber ohne Temperatursteigerung auftreten sehen.

An der weiteren Diskussion, die sich wesentlich um die Ursache des Urethralfiebers dreht, beteiligen sich noch Dr. Taylor, Chismore, Cabot und der Präsident Dr. Palmer.

Dr. B. Lewis-St. Louis spricht über **die chronische Urethritis der Pars posterior urethrae.** Redner stellt unter anderen folgende Thesen auf:

1. Die gewöhnlichen Gründe, welche man für die aufserordentliche Chronicität der Gonorrhoe anführt, reichen nicht aus, um dieselbe zu erklären, noch vermögen sie Anhaltspunkte für eine sichere Prognose zu liefern.

2. In dem anatomischen Abschlufs der Pars posterior gegen die Pars anterior und in der erschwerten Zugänglichkeit der applicierten Heilmittel ist die beste Erklärung für die Chronicität gegeben.

3. In der Mehrzahl der Fälle von chronischer Gonorrhoe besteht auch eine Urethritis posterior.

4. Eine direkte, topische Behandlung der Urethra posterior wird deshalb in den meisten Fällen von chronischem Tripper vorzunehmen sein.

5. Es ist wahrscheinlich, dafs die Infektion der Urethra posterior auf dem Wege der Lymphbahnen stattfindet.

6. Die Urethritis posterior ist keine Komplikation, sondern eine natürliche Erscheinung der Gonorrhoe.

Dr. E. Martin-Philadelphia: **Studien über die therapeutischen Maſsnahmen bei der akuten Gonorrhoe.**

1. Die Abortivkur mit 10%igem Argentum nitricum wird man nur dann vornehmen, wenn man die Patienten im frühesten Stadium der Krankheit zu Gesichte bekommt, und wenn der Verlauf von vornherein ein milder ist.

2. Im Akmestadium ist auf leichte Diät, regelmäſsige Entleerungen, Trinken von reinem Wasser oder Mineralwässern zu sehen. Zu verordnen sind heiſse Bäder, Balsamica in vollen Dosen, milde antiseptische Irrigationen oder Injektionen. Von den Balsamicis leisten die besten Dienste das Oleum ligni Santali und der Copaivabalsam. Doch sind etwaige Verdauungsstörungen wohl zu beachten.

3. Zu den Irrigationen benutzt man am besten heiſse antiseptische Lösungen (Sublimat 1 : 20 000, Argentum nitricum 1 : 10 000 oder 1 : 15 000). Die Konzentration kann allmählich stärker genommen werden, soweit es die Urethra verträgt. Stärkere Lösungen der obigen Mittel oder anderer Medikamente im floriden Stadium der Gonorrhoe führen vorzüglich zu einem hyperakuten Stadium, zur Urethritis posterior, zur Epididymitis und zu anderen Komplikationen der Gonorrhoe. Starke Adstringentien im akuten Stadium sind ebenfalls von Nachteil.

4. Die innere Medikation allein führt nicht selten zur Epididymitis und Urethritis posterior. Die wirksamste Behandlung besteht eben in der Kombination von Balsamicis mit lokalen antiseptischen Eingieſsungen, resp. Einspritzungen.

In der Diskussion spricht Dr. Taylor, die Ausführungen der Vorredner kritisierend, über die Ursache der Urethritis posterior, über die Häufigkeit und über die Therapie derselben. Im allgemeinen ist Redner mit der von Martin empfohlenen Therapie einverstanden, jedoch würde er den Sublimateingieſsungen das ebenso wirksame, aber weniger bedenkliche Zincum sulfuricum 1 : 5000 oder 1 : 10 000 vorziehen.

Bei der Abortivkur, die nur wenig gute Erfolge aufzuweisen hat, sei besser an Stelle des Argentum nitricum das ebenso wirksame übermangansaure Kalium 1 : 1500 oder 1 : 2000 zu gebrauchen.

Dr. J. Tuttle-New York: **Beispiele von späten Sekundärerscheinungen der Syphilis im Rectum.**

Die Meinung, daſs die Sekundärerscheinung der Syphilis innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach der Infektion auftreten, und daſs man streng ein primäres, sekundäres, tertiäres Stadium unterscheiden könnte, sei nicht mehr aufrecht zu erhalten. Redner beschreibt mehrere Fälle, welche diesen Satz illustrieren sollen.

Dr. Taylor meint in der Diskussion, daſs mannigfache Hauterscheinungen bei Syphilitikern zuweilen auftreten, die als direkt syphilitisch nicht angesehen werden können; dies mag auch bei den Patienten des Vorredners der Fall sein, zumal Syphilis des Rectums an sich schon selten ist und nach so vielen Jahren seit Beginn derselben erst recht selten Erscheinungen macht. *C. Berliner-Aachen.*

Deutscher ärztlicher Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 3. März 1893.

(*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 45.)

Einen eigentümlichen Fall von **Morbus maculosus Werlhofii** berichtet Kernig. Ein junges Mädchen erkrankt an Gliederreiſsen, Fieber; einige Tage darauf Purpuraflecke, heftige Kopfschmerzen, starkes Erbrechen, Lähmung des rechten Facialis, starke Schmerzen im Nacken und an der Wirbelsäule, Kontrakturen im Nacken und Kniegelenk; man kann die Beuger nicht strecken, wenn Patientin auf dem Bettrande

sitzt, was nach K. charakteristisch für Erkrankungen der Meningen ist. Nach Natrium salicyl. (4,0 pro die) Besserung; nur die Facialisparese und eine Abweichung der Zunge nach rechts besteht. Nach der Menstruation stellten sich Metrorrhagie und Ecchymosen der Schleimhaut ein. Es ist fraglich, ob die Hirnerscheinungen auf Meningitis oder Blutungen in der Pia beruhten. MASIG bemerkt, dafs bei Morbus maculosus Werlhofii Blutungen in das Zentralnervensystem vorkommen. KERNIG hebt hervor, dafs andererseits Fälle von Cerebrospinalmeningitis mit Petechien und Blutungen gemeldet sind.

Sitzung vom 22. September 1893.

Einen Fall von Lepra stellt PETERSEN vor und berichtet über die Gründung der „Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement St. Petersburg". In demselben hat P. 1888 bereits 43 Fälle, PROCHOROW sogar 51 gezählt. Von den übrigen 89 Gouvernements Rufslands sind 59 mit Lepra inficiert. Nur Livland mit 109 gezählten und 300 geschätzten Leprakranken besitzt zwei Leproserien in Nennal bei Jurjew (Dorpat) und bei Riga. Letztere Anstalt mufste bald nach der Eröffnung bereits auf 80 Betten vergröfsert werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wiener medizinischer Club.

Sitzung vom 22. November 1893.

(*Intern. klin. Rundsch.* 1893, No. 48.)

Zwei Fälle von Spontangangrän demonstriert LOEWY. 1. Ein 11jähriges Mädchen zeigte einige Wochen nach einer Verletzung am untern Drittel der Ulnarseite des Vorderarms an der Vola manus und an der Kuppe des vierten Fingers dunkelbraune, blasenartige Erhebungen, welche platzten, zur Geschwürsbildung mit übelriechender Sekretion führten. Es entwickelte sich dann Klauenhand, Atrophie, besonders an den MM. interossei, Sensibilitätsstörungen, Entartungsreaktion — vor allem im Gebiete des N. ulnaris, der also wohl bei dem Trauma verletzt worden ist.

2. Eine Patientin stach sich vor 4 Jahren eine Nadel in den vierten Finger, die abbrach. Phlegmone in der Cubita, Neurom, Panaritium entstanden, so dafs schliefslich der Finger exartikuliert wurde. Später bildeten sich bis zum Oberarm wäfsrige und eitrige Blasen, beträchtliche Hyperästhesie, Verdickung und starke Empfindlichkeit der NN. radialis, ulnaris und medianus. Es dürfte sich um pemphigusartige Erkrankung auf neurotischer Basis handeln.

SINGER bemängelt, wohl mit Recht, den Ausdruck **„Spontangangrän"**, da direkte Läsionen den Erscheinungen vorangingen. HOCK bemerkt, dafs hysterische Gangrän sich meist auf äufsere Anstöfse entwickelt und Neigung zu Recidiven zeigt. Einstofsen von Nadeln ist eine häufige Ursache von Gangrän. Er sah einen Pemphigus hystericus in einem ähnlichen Falle auf den ganzen Körper übergehen. Auch bei Geisteskranken wird solche Gangrän beobachtet.

Zur Methodik des quantitativen Studiums der Resorption, von PASCHELES. Um aus einer Salzlösung das Resorbierte zu konstatieren, sucht Verfasser den Konzentrationswert derselben zu bestimmen, ohne die bestimmte Konzentration zu ändern. Zu relativer Bestimmung der Konzentration dient die Messung der elektrischen Leistungsfähigkeit der Lösung. Nach dieser Methode, deren eingehende Wiedergabe hier zu weit führen würde, fand Verfasser, dafs die Konzentrationsänderungen am Lebenden viel gröfser sind als an der Leiche, was auf die Wirkung der Circulation zu beziehen ist. Der Eintritt der Salze in die Circulation ist ein Vorgang physikalischer Natur, abhängig von Konzentration und Diffusionskonstante.

Jessner-Königsberg i. P.

Ärztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 24. Oktober 1893.

Herr SÄNGER demonstriert 1) einen 22jährigen Patienten mit **Skleroderma diffusum.** Seit fünf Monaten bestanden Schmerzen und Schwächegefühl in den Armen. Hände und Arme schwollen an, daneben stellten sich Kaubeschwerden ein. Dann nahmen Gesicht, Hals, Rumpf und Extremitäten die charakteristische, an einen gefrorenen Leichnam erinnernde Härte an. Unterarme und Unterschenkel, ebenso Hände und Füfse waren beiderseits besonders stark infiltriert; 2) einen 27jährigen Patienten mit **Syringomyelie:** Seit einem Jahr Nackenschmerzen und Schlingbeschwerden, Schmerzen in den Armen und Anschwellung der Arme. Die motorische Kraft in beiden Armen nahm sehr bedeutend ab. Zugleich wurden partielle Empfindungsstörungen in den Armen wahrgenommen. Temperatur und Schmerzempfindung vollständig aufgehoben, während Tastempfindung vollkommen erhalten ist. Interkostalmuskulatur und Pectoralis beiderseits atrophiert.

Herr UNNA demonstriert einen 35jährigen Patienten, welcher übersät ist mit einer ungeheuren Anzahl von kleinsten bis kirschengrofsen **Neurofibromen.** Die ersten Tumoren beobachtete Patient mit 15 Jahren. Die Affektion bestehe darin, dafs das Bindegewebe der Nerven in die Haut hineinwachse und das kollagene Gewebe verdränge. Beim Anschneiden gleiche die Tumorenmasse dem Austernfleisch. Mikroskopisch hat UNNA einen sehr interessanten Befund bei allen excidierten Tumoren gleichmäfsig erhalten: der Tumor ist durchsetzt von einer sehr grofsen Zahl von Mastzellen, welche die Eigentümlichkeit darbieten, dafs sie 1. 2—3mal so grofs sind, wie gewöhnlich, 2. eine mit polychromem Methylenblau sich rosa färbende, fein granulierte Protoplasma einhüllende Schale besitzen.

Sitzung vom 7. November 1863.

Herr ARNING demontriert einen Patienten mit **Sklerodermie;** die Krankheit trat im Anschlufs von Polysarcie auf. Auffällig waren die breiten Streifen am Thorax entsprechend dem Verlauf der Interkostalnerven. Patient wurde mit Injektionen von Thiosinamin behandelt. Die Wirkung scheint eine günstige zu sein.

Herr NONNE demonstriert **Lepra-Präparate.** 1. Excidiertes Stück aus einer spindelförmigen Anschwellung des N. ulnaris; 2. ein peripherwärts excidiertes, anscheinend gesundes Nervenstück desselben N. ulnaris; 3. excidierte Stücke von Interkostalmuskeln, welche von dem leprös erkrankten Ulnaris versorgt wurden. Die Muskeln zeigten nur sehr geringgradige Veränderungen, ebenso das anscheinend gesunde Stück des N. ulnaris. In der spindelförmigen Anschwellung waren nur einige wenige normale Nervenfasern erhalten. Trotz dieser hochgradigen Zerstörung des Nervus ulnaris in den peripher gelegenen Nerven und Muskeln nur geringe Veränderungen.

Neebe-Hamburg.

Besprechungen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band I. Heft 2. 1894.

I. **Über Tuberculosis verrucosa cutis,** von Dr. HEYSE-Berlin.

Verfasser wirft einen kurzen Rückblick auf die Litteratur der von RIEHL im Jahre 1885 zum ersten Male beschriebenen Hautkrankheit. Dieselbe erweist sich nach

der Beschreibung Riehls und anderer Autoren als eine wahre Impftuberkulose, welch gelegentlich der Beschäftigung der Patienten mit tuberkulös erkrankten Tieren od mit tierischen Produkten aus kleinen Traumen, der Epidermis beraubten Stellen, i welche das tuberkulöse Virus hineingelangt, hervorgeht. Die Krankheit beschränk sich deshalb zumeist auf die am häufigsten exponierten Hände und Vorderarme. Si ist charakterisiert durch linsen- bis thalergrofse Plaques, bestehend aus einem papill matösen Zentrum, mit lamellösen Krusten bedeckt, und aus einer äufseren erythem tösen und einer inneren pustulösen, in Infiltration begriffenen Randzone. Di Affektion ähnelt sehr der von einigen Autoren beschriebenen Leichenwarze und is wenigstens anatomisch betrachtet, derselben völlig identisch.

Die Tuberculosis verrucosa cutis ist neben dem Skrophuloderma, der Tuberculosi cutis miliaris und dem Lupus, als eine vierte, selbständige Form der Hauttuberkulos anzusehen, welche sich namentlich vom Lupus verrucosus klinisch dadurch unter scheidet, dafs letzterer ulceriert und auf die Ulcerationen Papillombildung folgt während bei Tuberculosis verrucosa Ulcerationen nie entstehen, die Papillombildung vielmehr eine primäre ist.

Nur in seltenen Fällen ergreift die Affektion auch andere, als die oben erwähnten Körperteile, oder wie Jadassohn jüngst von einem Falle berichtet hat, den ganzen Körper.

Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 29jährigen, tuberkulös erkrankten, skrophulösen Dienstmädchen. Auf dem rechten Fufs zeigt die Patientin zwei Tumoren, von denen der eine seit 10 Jahren, der andere seit 8 Wochen besteht. Die eine Geschwulst hat ihren Sitz über dem Talokruralgelenk, ist von elliptischer Form mit 2,6 cm Breite und 1,8 cm Länge und ragt etwa 4—5 mm über das Niveau der gesunden Haut hervor. Sie ist mit der Haut leicht verschiebbar, von gelbbrauner bis rötlicher Farbe und setzt sich zusammen aus einzelnen, dicht gedrängt stehenden, stecknadelkopf- bis linsengrofsen Warzen, zwischen denen sich namentlich an der Kuppe leichte Einkerbungen befinden. Der erythematöse Hof, welcher den Tumor umgiebt, erhebt sich nicht über das Niveau der gesunden Haut. Schmerzen verursacht die Geschwulst auch auf Druck nicht.

Die zweite Geschwulst (vor acht Wochen erst entstanden) nimmt die Dorsalseite der grofsen Zehe vom Nagelrande bis zum Metacarpo-Phalangealgelenk ein, endigt nach aufsen scharf mit dem Zehenrande, während er nach innen fast bis zur Fufssohle hinabreicht. In Farbe und Konsistenz gleicht sie dem ersten Tumor, nur fehlt ihr die erythematöse Zone. Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich die Beschaffenheit des Tumors.

Die mikroskopische Untersuchung des schmierigen Eiters, welcher sich aus den Einkerbungen zwischen den Papillomen ausdrücken liefs, ergab Tuberkelbacillen. Dia Natur der Hautaffektion stand also zweifellos fest, obwohl in dem vorliegenden Falle von einer eigentlichen Impftuberkulose nicht gesprochen werden konnte. Die histologischen Befunde stimmten mit denen Riehls im wesentlichen überein. Verfasser teilt ausführlich das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Erweist sich die Tuberculosis verrucosa auch als eine vom Lupus verrucosus klinisch zu unterscheidende Affektion, so erinnert das anatomische Bild doch sehr lebhaft an den letzteren.

Therapeutisch kommt die radikale Exstirpation des Tumors in Betracht. Dieselbe ist nicht mit dem Messer, sondern am besten mit dem Galvanokauter oder Paquelin am äufseren Rande der erythematösen Zone vorzunehmen, oder es mufs alles krankhafte Gewebe successive und wiederholt durch Glühhitze oder Ätzmittel zerstört werden.

II. **Über den Einfluſs der Schweiſssekretion auf das Blut,** von E. Grawitz-Berlin.

Die Untersuchungen, welche Verfasser in dieser Richtung angestellt hat, haben ergeben, daſs in der Mehrzahl der beobachteten Fälle das Schwitzen eine Eindickung des Blutes herbeiführt, indem eine mehr wässerige Flüssigkeit des Serums ausgeschieden wird, während die festeren Bestandteile desselben im Blute zurückbleiben. Das Blut besitzt aber auch die Fähigkeit, schnell wieder in sein Flüssigkeits-Gleichgewicht zurückzukehren. Zuweilen tritt beim Schwitzen gar keine Eindickung, eher eine leichte Verdünnung des Blutes auf. Es muſs also unter Umständen ein anderer Faktor hemmend auf die Eindickung des Blutes wirken.

Diese beiden beim Schwitzen thätigen Faktoren, welche auf die Zusammensetzung des Blutes antagonistisch wirken, sind einmal die Abgabe von Flüssigkeit für die Sekretion der Schweiſsdrüsen, zweitens die Anziehung von Flüssigkeit infolge der Gefäſsdilatation durch die Wärmewirkung. Das Überwiegen des einen oder anderen dieser Faktoren, deren Stärke sich schwer kontrollieren läſst, bewirkt in dem einen Falle eine Eindickung, in dem anderen eine Verdünnung oder Gleichbleiben der Konzentration. Da beim Zustandekommen der Schweiſssekretion und beim Schwitzen selbst Nervenwirkungen und Flüssigkeitsströmungen, welche nicht allein das Blut, sondern den Gesamtorganismus erheblich beeinflussen und in Anspruch nehmen, eine wesentliche Rolle spielen, so folgt daraus die praktische Nutzanwendung, daſs der Arzt vor Einleitung einer Schwitzkur die ganze Konstitution des Patienten eingehend berücksichtigen soll.

III. **Naevus verrucosus unius lateris (v. Bärensprung). Naevus linearis verrucosus (Unna) s. ichthyosiformis,** von Alfred Lanz-Moskau.

Verfasser bespricht die diesbezügliche Litteratur, aus der sich ergiebt, daſs die Hypothese von dem neurotischen Ursprunge der Affektion vielfach erschüttert und kaum noch aufrecht zu erhalten ist. Der vom Verfasser genau beobachtete und in der vorliegenden Arbeit beschriebene Fall liefert einen Beitrag dafür, daſs auch die Philippsonsche, an sich äuſserst bestrickende Hypothese, welche die Affektion mit den Voigtschen Linien in Zusammenhang bringt, wenn auch nicht unhaltbar, so doch nicht auf alle Fälle anwendbar ist.

Die Besonderheiten, welche dieser Fall zeigt, und die bei der Beurteilung der Pathogenese der Affektion von Bedeutung sein können, sind folgende:

1. „Die Affektion entwickelte sich hier, wie auch in einigen, bereits früher in der Litteratur beschriebenen Fällen erst nach der Geburt, und zwar im ersten Lebensjahre.
2. Es beschränkte sich die Affektion auf die eine, und zwar die linke Körperhälfte.
3. Die Anordnung der Hautaffektion war stellenweise deutlich in Gestalt mehr oder weniger breiter Streifen oder Linien ausgesprochen.
4. Die Flecke, Linien und Streifen zeigten keine Übereinstimmung mit dem Verlauf der entsprechenden Nerven oder Voigtschen Linien.
5. Störungen von seiten des peripheren, wie zentralen Nervensystems fehlten in dem vorliegenden Falle."

Verfasser hält Unnas Bezeichnung der Affektion mit „Naevus linearis verrucosus" als die passendste, nur möchte er das Wort „verrucosus" durch das Adjektiv „ichthyosiformis" ersetzt sehen, da die Hautaffektion äuſserlich mehr Ähnlichkeit mit Ichthyosis als mit Warzen hat.

IV. **Farbenanalytische Untersuchungen über gonorrhoischen Eiter.** Ein Beitrag zur Frage der eosinophilen Zellen, von C. Posner und Arthur Lewin-Berlin.

Die eosinophilen Zellen stammen nach Ehrlichs Untersuchungen aus dem Knochenmark ab und finden sich mehr oder weniger stark vermehrt bei gewissen Formen der

Leukämie, ferner im Sputum der Asthmatiker und im Nasenpolypen. Die beiden letzteren Erkrankungen zeichnen sich durch einen mehr oder weniger reichlichen Gehalt an CHARCOT-LEYDENschen Krystallen aus. Da diese Krystalle ebenfalls ihre Bildungsstätte im Knochenmark haben, da sie auch im faulenden Blute Leukämischer nachgewiesen sind, so liegt es nahe, eine Beziehung zwischen ihnen und dem Auftreten der eosinophilen Zellen anzunehmen. Folgerichtig müfsten dann auch die Sperminkrystalle, welche den CHARCOT-LEYDENschen nahe verwandt oder mit denselben identisch sind, in einer Beziehung zur Produktion der eosinophilen Zellen stehen. Die Produktionsstätte des Spermins ist die Prostata. Eosinophile Zellen kommen bekanntlich auch im gonorrhoischen Eiter vor. Verfasser untersuchten nun, ob sich zwischen den eosinophilen Zellen und Erkrankungen der Prostata ein Kausalnexus finden läfst, resp. ob das Auftreten von eosinophilen Zellen im gonorrhoischen Eiter einen diagnostischen Schlufs auf die Herkunft desselben aus der Produktionsstätte des Spermins, der Prostata, zulassen.

Das Resultat ihrer Untersuchungen geben die Verfasser in folgenden Thesen wieder:

1. Die Anzahl der eosinophilen Zellen im Eiter ist im Beginn der Gonorrhoea acuta anterior im Vergleich zum Gehalt des Blutes an eosinophilen Zellen aufserordentlich vermindert.

2. Die Menge der eosinophilen Zellen erreicht ihren Höhepunkt in der dritten Woche.

3. Bei den Erkrankungen der hinteren Harnwege zeigt der Gehalt des Eiters an eosinophilen Zellen sehr schwankende Verhältnisse.

4. Beziehungen zwischen Prostata, resp. Sperminproduktion und eosinophilen Zellen sind nicht nachweisbar.

5. Der Gehalt des gonorrhoischen Eiters an eosinophilen Zellen erklärt sich nicht durch den Blutbefund, vielmehr scheinen lokale Veränderungen eine Rolle zu spielen.

V. **Über Cystitis colli gonorrhoica,** von L. CASPER.

Die Krankheit ist anatomisch dadurch charakterisiert, dafs der gonorrhoische Entzündungsprozefs die Pars bulbosa urethrae überschreitet und sich durch die hintere Harnröhre bis zum Blasenhalse, das ist bis zum Sphincter vesicae internus, fortsetzt. Differentiell-diagnostisch ist hervorzuheben, dafs bei der Cystitis colli vesicae die erste Harnportion trüber und fleckenreicher ist, als die zweite, während bei der Cystitis corporis vesicae (Blasenkatarrh) das Umgekehrte der Fall ist. Ferner treten Blutungen bei der ersteren stets am Ende der Harnentleerung auf. Verfasser erklärt diese Blutungen, die nur aus dem Blasenhalse stammen, in der Weise, dafs am Ende der Harnentleerung, wenn der Sphincter vesicae Kontraktionen macht, um den Urinrest aus der Urethra herauszubefördern, die hyperämischen, stark entzündeten Stellen bersten und Rhagaden entstehen, vergleichbar denen des Sphincter ani. Die klinischen Symptome sind neben den bereits erwähnten (Blutungen, trüber Urin) noch Harndrang und Schmerzen beim Urinieren.

Verfasser unterscheidet drei Formen der Krankheit:

1. Die akute Cystitis colli gonorrhoica mit Blutung.
2. Die akute Cystitis colli gonorrhoica ohne Blutung.
3. Die Cystitis colli gonorrhoica subacuta.

Für diese Formen führt der Verfasser einzelne prägnante Beispiele aus seiner Praxis an und teilt seine sehr erfolgreiche Therapie ausführlich mit. Dieselbe bestand hauptsächlich in Irrigationen der Urethra posterior mit einer Argentum nitricum-Lösung (1:1000 und schwächer). Ein französischer, elastischer, mit Knopf versehener Katheter wird eingeführt und dann 50—100 g der Lösung durchgespritzt. Schon

nach einer Irrigation vermindern sich oder schwinden die Schmerzen ganz, die Blutung wird geringer, hört zuweilen sofort auf, der Harndrang läfst nach, und der Urin klärt sich. Je akuter der Fall, um so wirksamer ist die Methode. Die Einspritzungen sind jeden zweiten oder dritten Tag vorzunehmen. Der Katheter ist mit Glycerin geschmeidig zu machen.

Neben den Irrigationen kommen, jedoch mehr nebensächlich, heifse Sitzbäder, strenge Diät, Laxantien, reichliche Getränke (besonders Milch) in Betracht. In ätiologischer Beziehung ist von Interesse, dafs die Cystitis colli aufser bei Gonorrhoe, noch bei Traumen, namentlich durch ungestümes Katheterisieren und durch Litholapaxie, ferner durch gewaltsam unterdrückte Pollutionen entstehen kann. Die Therapie bleibt aber auch in derartigen Fällen dieselbe.

VI. **Frische Gonorrhoe bei Frauen,** von J. Veit.

Die schweren Folgezustände, welche die chronische Gonorrhoe bei Frauen mit sich führen kann, sind von verschiedenen Autoren, namentlich Gynäkologen, in jüngster Zeit eingehend beobachtet worden. Es steht auch fest, dafs diese Folgezustände ohne Verstümmelung (Kastration) nicht radikal geheilt werden können. Deshalb ist es von aufserordentlicher Wichtigkeit, die akute Gonorrhoe, die keine schweren Erscheinungen zu machen pflegt und nur selten zur Beobachtung kommt frühzeitig zu behandeln. Die akute, frische Gonorrhoe bei der Frau kann in ihren Schleimhautveränderungen der exacerbierten, chronischen Form sehr ähnlich sein. Für die Diagnose ist es von Wichtigkeit, zu wissen, dafs man es mit alten, nur exacerbierten Fällen zu thun hat, wenn neben der Erkrankung der Schleimhaut der Vagina und Urethra Schleimhautveränderungen der Tuba oder der Barțholinischen Drüse bestehen, und wenn aufserdem das Beckenperitoneum und das Beckenbindegewebe afficiert ist. Nach einer einmaligen Infektion tritt niemals Erkrankung der Tuba oder des Beckenperitoneums ein. Kann man Abstinenz so lange durchführen, bis Mann und Frau völlig gesund sind, so bleiben üble Folgen aus. Dieselben treten meistens dann ein, wenn die genorrhoische Infektion sich häufig wiederholt. Es kommt bei der Behandlung also weniger darauf an, die akute Gonorrhoe, welche beim Weibe im allgemeinen milde verläuft, energisch zu behandeln, als den Ehemann von seiner Krankheit radikal zu heilen und denselben vor jeder weiteren Kohabitation bis zur gründlichen Heilung ernstlich zu warnen. Verfasser beschreibt ausführlich die Erscheinungen, unter denen die akute, weibliche Gonorrhoe zu verlaufen pflegt. Bei der Behandlung derselben soll man zunächst alle Schädlichkeiten vermeiden, namentlich soll bei frischen Erkrankungen der Uteruskörper geschont werden. Einspritzungen in die Scheide zu machen, widerrät Verfasser dringend. Er resumiert seine Beobachtungen dahin:

Einmalige, gonorrhoische Infektion beim Manne kann, selbst bei rechtzeitiger Behandlung, dauernde, nachteilige Folgen haben. Die Frau ist bei einmaliger, frischer Infektion ungleich besser daran, sie kann dauernd geheilt werden. Ihr schadet nur die mehrfach, in kurzen oder längeren Pausen immer wieder erneute Infektion.

VII. **Der Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes dorsalis.** Klinisch und kritisch behandelt von H. Isaac und Koch.

1. Klinischer Teil, von H. Isaac.

Fournier und Erb haben an der Hand eines grofsen, statistischen Materials darauf hingewiesen, dafs der gröfste Procentsatz aller von Tabes befallenen Individuen vorher mit Syphilis inficiert gewesen sei. Im Gegensatze zu ihnen bestritten Leyden, Westphal, Tarnowsky, ebenfalls unterstützt von einem erdrückenden Beweismaterial einen derartigen ätiologischen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis, namentlich

in dem Umfange, wie ihn FOURNIER und ERB behaupteten. Verfasser hat zu dieser Kardinalfrage Stellung genommen und sucht dieselbe durch Beantwortung der folgenden vier Unterfragen auf Grund seiner Erfahrungen an der Hand von 20 eingehend beobachteten und studierten Fällen der Entscheidung näher zu bringen:

1. Ist es richtig, dafs in der Anamnese der Tabeskranken Syphilis häufiger vorkommt, als die anderen supponierten Krankheiten?

2. Wann tritt im Verlauf der Syphilis Tabes auf?

3. Wie wäre ein Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes zu erklären?

4. Wie verhält es sich mit der antisyphilitischen Kur bei Tabes?

Ad 1 bemerkt Verfasser, dafs in der statistischen Tabelle, welche die Anhänger der ERBschen Theorie zum Beweise heranziehen, Irrtümer unterlaufen, dafs Statistiken zur Entscheidung der Frage des Zusammenhanges zwischen Tabes und Syphilis nicht gut herangezogen werden könnten, da es schwer, zuweilen unmöglich sei, ohne objektiven Befund, lediglich aus der Anamnese eine stattgehabte Infektion zu konstatieren. Abgesehen davon spielen bei einer grofsen Zahl von Fällen neben der Syphilis noch andere Momente, wie Erkältungen, sexuelle Excesse, Strapazen, Alkoholismus u. a., mit.

Ad 2 wird die durchschnittliche Zeitdauer, innerhalb welcher nach der stattgehabten Infektion die Tabes sich ausbilden kann, auf 8½ Jahre berechnet. Fehlen bei der angeblich syphilitischen Tabes noch sonstige Erscheinungen von manifester Lues, so ist die Frage, ob es sich um eine typische oder eine syphilitische Tabes handelt, mit Sicherheit nicht zu beantworten, da die typische wie syphilitische Tabes weder anatomisch noch klinisch sich wesentlich unterscheiden.

Ad 3 ist zu bemerken, dafs die erwähnten schädlichen Momente primär die Nervenelemente treffen, während das Bindegewebe erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen wird, dafs es sich also bei der Tabes dorsualis um parenchymatöse Processe handelt, während die syphilitischen Erkrankungen stets vom Bindegewebe ausgehen, also interstitieller Natur sind. Die Syphilis macht Herderkrankungen, während die Tabes eine Systemerkrankung ist.

Nach seinen Beobachtungen hält sich Verfasser für berechtigt, folgende Thesen aufzustellen:

1. Die Statistiken haben zu viele Fehlerquellen, um zu einem sicheren Resultate über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Lues und Tabes zu gelangen.

2. Syphilis steht zur Tabes in keiner ätiologischen Beziehung, höchstens kann sie, wie alle anderen zur Tabes führenden Einflüsse, auf ein disponiertes Nervensystem schädigend einwirken.

3. Antisyphilitische Kuren bei Tabes sind auf Grund der bisherigen Erfahrungen kontraindiciert.

2. Litterarischer Teil, von Dr. KOCH.

Verfasser hat sich der mühsamen Arbeit unterzogen, die umfangreiche Litteratur über die Frage des Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes durchzusehen, und teilt in der vorliegenden Arbeit die Resultate mit. Die Zahl der Anhänger der ERBschen Theorie übertrifft bei weitem die der Gegner derselben. Unter anderen Autoren nimmt einen solchen Zusammenhang an VOIGT in 81%, NAEGELI in 60%, BONNET in 66%, GOWERS in 70%, EISENLOHR in 52%. Die gröfsten Zahlen haben ERB und FOURNIER. Nach ERB erkrankt kaum einer an Tabes, der nicht auch Syphilis gehabt hätte. MÖBIUS sieht sogar die Lues als die Conditio sine qua non der Tabes an. EULENBURG hält die Lues nur für ein schwächendes Moment, wie Heredität, Gemütsbewegung, und glaubt, dafs die Lues nicht die einzige, jedenfalls nicht die wichtigste Ursache der Tabes sei. WESTPHAL kommt zu dem Schlusse, dafs aus der

Statistik nichts für die syphilitische Natur der Tabes folge. UNNA meint, Syphilis könne eine Schwächung der Gewebe veranlassen, welche dieselbe in bestimmter Weise zur Erkrankung nach Erkältung u. s. w. disponiere. NOTHNAGEL sagt, Tabes hat mit Syphilis nichts zu thun. CHARCOT steht auf dem Standpunkt, dafs die Ätiologie der Tabes vor allem eine Frage der Erblichkeit sei. Zu den Hauptgegnern der ERBschen Theorie gehören TARNOWSKY und LEYDEN. Ersterer sah konstant unter dem Einflufs von Hg rasche Verschlimmerung der Tabes eintreten, niemals Einhalt, oft aber Stillstand, wenn die Lues nicht behandelt wurde. — Die Prädisposition für Tabes und progressive Paralyse besteht nach TARNOWSKY seit der Geburt und kommt durch Syphilis gelegentlich zur Geltung.[1] — LEYDEN bestreitet entschieden den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis und stützt sich hierbei 1. auf die Statistik, 2. auf die Erfolglosigkeit der Kur, 3. auf die Verschiedenheit der anatomischen Prozesse, 4. darauf, dafs die zur Erklärung des Zusammenhanges aufgestellten Hypothesen durch nichts bewiesen seien.

Verfasser geht die von ISAAC im ersten Teile aufgeworfenen Fragen an der Hand der Litteratur noch einmal durch, prüft die Gründe für und wider den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes und glaubt, dafs alle Bemühungen, die Tabes auf die Syphilis zurückzuführen, scheitern müfsten, einmal an der anatomischen Seite der Sache, zweitens im Hinblick auf die Therapie, die, soweit es sich um Quecksilberkuren bei der Tabes handelt, nicht nur erfolglos ist, sondern im Gegenteil den Prozefs oft verschlimmert.

Der Hauptzweck der vorstehenden Arbeiten ist, gegen die Absicht von ERB, eine unterschiedslose Behandlung aller Tabeskranken mit Hg durchsetzen zu wollen, diesem bei Nervenerkrankungen so aufserordentlich zweischneidigen Mittel energisch Front zu machen.

VII. **Kurze therapeutische Mitteilung aus der urologischen Praxis**, von A. PHILIPPSON-Hamburg. Verfasser macht den Vorschlag, bei der Behandlung der Strikturen statt der geraden, elastischen Katheter, welche zum Passieren der Strikturen meist in Gebrauch sind, elastische Katheter zu verwenden, wie sie bei Prostatikern verwendet werden, nämlich mit sog. Mercier-Krümmung (Krümmungswinkel 110° nach MERCIER, und nicht 160°, wie die im Handel befindlichen Mercier-Katheter).

Ein zweiter Vorschlag des Verfassers zur Erleichterung des Katheterisierens bei Strikturen geht dahin, durch den wohlbeölten Katheter unmittelbar vor der Striktur Öl einzuspritzen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, von ERNST FINGER. (Leipzig und Wien, 1893. Franz Deuticke.) Wir möchten der soeben erschienenen dritten Auflage dieses trefflichen Werkes einige empfehlende Worte widmen; eine genauere Inhaltsangabe erscheint überflüssig, die Besprechung der einzelnen Kapitel würde zu weit führen. Für die Beliebtheit des Buches spricht am besten der Umstand, dafs es in kurzer Zeit, seit 1888, nunmehr die dritte Auflage erlebt, bei dem vielen, was in neuerer Zeit über Gonorrhoe gearbeitet und geschrieben ist, gewifs ein beachtenswertes Zeichen. Prinzipielle Änderungen gegen die früheren Auflagen sind bei dieser Neuauflage nicht getroffen; dafs natürlich das Material in jeder Beziehung ergänzt ist, ist selbstverständlich, da ja unsere Kenntnisse infolge der leichteren Kultivierbarkeit der Gonokokken durch die Klarstellung der Frage der Mischinfektionen wesentlich vermehrt sind. Besonders hinweisen möchten wir auf die

---

[1] Vergl. im übrigen unser Referat über die TARNOWSKYsche diesbezügliche Arbeit in den *Monath. f. prakt. Derm.* Bd. XV. Ref.

pathologisch-anatomischen Untersuchungen über chronische Urethritis, welche — die erste systematische, welche bisher vorliegt — Verfasser im Laboratorium WEICHSELBAUMS anstellen konnte. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zur Klinik der Aktinomykose, von ILLICH. (Wien, 1892. Joseph Safár.) Diese fleissige und hübsche Arbeit über Aktinomykose bringt als Fortsetzung der grundlegenden Monographie ISRAELS eine mit „Bienenfleifs“ aus der sehr zerstreuten Litteratur zusammengestellte Sammlung der bisher veröffentlichten einschlägigen Fälle, deren Verfasser 421 aufgefunden hat; 54 davon kamen an ALBERTS Klinik zur Beobachtung. Das bei weitem gröfste Kontingent liefert die Aktinomykose von Kopf und Hals, 218 Fälle; der Prozefs pflanzt sich fast stets von der Mund-Rachenhöhle aus fort; das Bild ist das bekannte des bretthartes Infiltrats, mit zentralen Erweichungsherden und Fistelbildung, in allen möglichen Übergangsformen; die Prognose ist eigentlich recht günstig: es kommen spontane Heilungen vor; oft genügt ein kleiner chirurgischer Eingriff; in hartnäckigeren Fällen führen Injektionen von Sublimatlösung zum Ziele. Der Infektionsträger findet sich frei in der Natur (auf Grannen etc.), gelangt so in den Mund und siedelt sich bei passenden Existenzbedingungen an Zahncaries, dadurch bedingte Auflockerung des Zahnfleisches. — Fälle von reiner Zungenaktinomykose sind selten; es findet sich meist ein harter, schmerzhafter Knoten; die Aktinomykose greift von der Zunge selten auf das benachbarte Gewebe über. Recht infaust nehmen sich die bisher beobachteten Fälle von Lungenaktinomykose aus; nur SCHLANGE berichtet bisher über zwei Heilungen. Meist beginnt die Krankheit im Unterlappen als Bronchitis mit Bronchopneumonie, schreitet unter Schwielenbildung und Schrumpfung, unter Entwickelung von Kavernen fort und greift auf die Pleura, auf die Thoraxwandungen über, oder bricht in die Bauchhöhle durch. Eine bessere Prognose bietet die Bauchaktinomykose, es sind Heilungen öfter beobachtet. Verfasser teilt auch einen klassischen Fall mit, bei dem der inficierende Körper, eine Granne, bei der Sektion sich im Wurmfortsatz vorfand. Die Heilung kann erfolgen, wenn die Därme an die Bauchwand angelötet sind, der Prozefs auf diese übergegriffen hat und nun nach aufsen durchbricht; so dafs er einem operativen Eingriffe zugänglich wird. Einen Fall von echter Hautaktinomykose (Infektion von der Haut aus) konnte Verfasser nicht beobachten, es sind aber solche beschrieben; die Aktinomykose kann in der Haut als Ulcus oder als Lupus auftreten. Es kommen auch Fälle mit unsicherer Eingangspforte vor; bei solchen Fällen von generalisierter Aktinomykose mufs man sich stets vergegenwärtigen, dafs die Eintrittsstellen manchmal total verheilen können, besonders bei Aktinomykose des Bauches, so dafs man in solchen Fällen vor allem dem Darm, nächstdem den Lungen seine Aufmerksamkeit wird zuwenden müssen.

Die Therapie hat vor allem eine operative zu sein: Spaltung der Fisteln, Auskratzung; Sublimatinjektionen, Ausfüllung der Gänge, besonders bei Bauchaktinomykose, mit 1—2‰ Sublimatkieselgur. Tuberkulin hat sich BILLROTH in einigen Fällen bewährt, hilft aber natürlich auch nicht immer. Verfasser teilt einen dadurch geheilten Fall von Bauchaktinomykose mit, doch war bei diesem auch eine kleine Incision gemacht, so dafs der Fall nicht einwandsfrei ist. In einem Anhange teilt Verfasser der Aktinomykose ähnliche Erkrankungen mit, von teils dunkler Ätiologie, z. B. den Madurafufs; es sind auch bei solchen Fällen Sprofspilze gefunden worden. Diese Fälle von „Pseudoaktinomykose“ bieten der ätiologischen Forschung noch ein dankbares Feld. In einem Nachtrage teilt Verfasser noch ausführlich einen Fall mit, bei dem der Prozefs auf den Kehlkopf übergegriffen hatte, obgleich von dieser Seite keine Beschwerden vorlagen, und sich gegen das hintere Mediastinum erstreckte.

F. Hahn-Bremen.

Wie schützt man sich vor syphilitischer Ansteckung? Mit einem Anhang: Dürfen Syphilitische heiraten? Von Dr. SCHNEIDER-Berlin. (Verlag von Cassirer und Danziger.) Verfasser mahnt seine Leser durch eine klare, leicht verständliche Schilderung der Syphilis, ihres Wesens, ihrer Symptome und ihrer Ansteckungsfähigkeit zu grofser Vorsicht bei der Ausübung des Coitus. Den besten und sichersten Schutz gewähren Condoms aus Kautschuk, sorgfältige Waschungen unmittelbar nach dem geschlechtlichen Verkehr.

Man schützt sich vor Ansteckung, indem man bei der Berührung oder beim Gebrauch von Gegenständen, die andere Personen benutzt haben, die gröfste Vorsicht übt etc.

Wenn wir auch sonst kein grofser Freund sind von populären Beschreibungen der Syphilis, und zwar deshalb nicht, weil sie vielfach Syphilophoben zeitigen, so wollen wir dennoch mit Rücksicht auf den löblichen Zweck, den der Verfasser mit seiner Schrift verfolgt, wünschen, dafs dieselbe zahlreiche Leser findet.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c) *Syphilis.*

Die gegenwärtige Stellung der hypodermatischen Methode bei der Behandlung der Syphilis, von T. W. WHITE. (*The Amer. Lancet.* Mai 1893.) Die subkutane Behandlungsmethode vermag nach Verfasser die anderen nicht zu verdrängen, weil sie keine brillanten Resultate liefert und Nachteile und Gefahren mit sich bringt. Nur wo Magen und Haut das Quecksilber nicht vertragen, oder wo wegen schwerer Symptome eine rasche Durchtränkung des Organismus mit Quecksilber indiciert ist, ist sie anzuwenden. Die löslichen Präparate, besonders das Sublimat, sind vorzuziehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die hypodermatische Behandlung der Syphilis, von L. WOLFF. (*The Amer. Lancet.* Mai 1893.) Die hypodermatische Behandlung ist besonders da, wo eine rasche Wirkung erreicht werden soll, von Wichtigkeit, so bei Iritis und Choroiditis. Auf Drüsenschwellungen, makulöses Syphilid, Pharynxulcerationen soll sie „magisch" wirken. Verfasser zieht das Sublimat vor, das er am Rücken, von der Interskapulargegend abwärts gehend, injiciert. Abscesse sah er nie. Zahl der Injektionen 25—53. Nach den Injektionen Jodkalium, 5—10 g dreimal tägl. (!) 60 % bleiben frei von Recidiven, bei den übrigen 40 % schwand die Neigung zu Recidiven erst nach einer Schmierkur. Von unlöslichen Präparaten bevorzugt er das 30%ige Ol. ciner. Lang (0,1 einmal wöchentlich); 6—8 Injektionen. In allen Fällen empfiehlt Verfasser erst die Sublimatinjektionen, das Oleum cinereum wendet er erst bei Recidiven an. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Gebrauch des Sublimates zu endovenösen Injektionen, von R. JEMMA. (*Rif. med.* 1893. No. 164.) Ermuntert durch die vorzüglichen Erfolge BACCELLIS mit seinen endovenösen Injektionen von Chinin bei Malaria, sowie von Sublimat bei Syphilis hat Verfasser die Methode in vier weiteren Fällen dieser letzteren Krankheit angewendet. Das Sublimat wird hierzu in Wasser (1‰) unter Zusatz geringer Mengen von Kochsalz und Alkohol aufgelöst, filtriert und trotz der antisep-

schen Eigenschaften des Sublimates sterilisiert; 1 ccm der Lösung enthält somit 1 mg Sublimat. Davon erhalten die Patienten täglich 1—4 mg in die Vena cephalica injiciert, wobei aufser auf peinliche Antisepsis darauf geachtet werden mufs, dafs keine Luft mitinjiciert werde. Üble Zufälle hat Verfasser bei ca. 300 Injektionen nicht beobachtet. Den therapeutischen Effekt der Methode betrachtet er als einen sehr guten, und betont er aufserdem deren Gefahrlosigkeit bei Anwendung einiger Vorsicht, ihre Schmerzlosigkeit im Gegensatze zu den subkutanen Injektionen und die Schnelligkeit der Wirkung bei relativ geringen Dosen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Vermeidung der Schmerzhaftigkeit bei der **Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen** empfiehlt Blondel als Vehikel reines Glycerin, dem pro Kubikcentimeter 1 cg Kocain beigefügt wird. Aufserdem sollen die Interjektionen intramuskulär und nicht in das Zellgewebe gemacht werden. (*Progrès méd.* 1893. No. 30.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Serotherapie bei Syphilis, von G. Mazza. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* asc. II 1893.) Verfasser teilt seine Experimente in zwei Serien ein, je nachdem dieelben nach dem etwas modificierten Vorbilde Tommasolis (Injektion von Lammbluterum direkt vom Tiere auf den Menschen), oder demjenigen Pellizzaris (Injektion von Serum von Syphilitikern in der Latenzperiode auf Tiere und von diesen in therapeutischer Absicht wieder auf den Menschen) vorgenommen wurden.

Auf Grund dieser Experimente glaubt M., dafs allein die Methode Pellizzaris, mit einigen Verbesserungen, ihre Zukunft habe. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Kalomelseife gegen Syphilis empfiehlt Watraszewsky zu Schmierkuren. Sie wird hergestellt durch Verreiben von Kalomel mit reiner Olivenölseife im Verhältnis von 1:2 oder 1:3; sie bildet eine weifse Masse mit grauem Anflug. 2,0 genügen zu einer Einreibung. Als Vorteile gegenüber dem Ung. ciner. werden angeführt: Schnelleres und leichteres Verreiben, gröfsere Sauberkeit, Reizlosigkeit; die Wirksamkeit ist ebenso stark, wie die der grauen Salbe. (*Wiener med. Wochenschr.* 1893. No. 19.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Intoxikation nach Injektion von Oleum cinereum, von Klien-Dresden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 31.) Ein 26jähriger Kutscher bekam wegen sekundärer Affektionen 13—15 Injektionen von Oleum cinereum, wöchentlich einmal. Es stellten sich dann heftige Durchfälle und Leibschmerzen ein, und die Kräfte nahmen rapid ab. Trotz aller angewandten Medikamente liefs die Diarrhoe nicht nach, der Puls wurde fadenförmig, es trat ein eigentümlicher Tremor im Kiefer und in den Extremitäten ein. Die Temperatur wird subnormal. Im Harn finden sich massenhaft geschwänzte Nierenbeckenepithelien, Leukocyten, reichliche rote Blutkörperchen, Blasenepithelien und granulierte Cylinder, aber keine Nierenepithelien. Der Stuhl wird fast wie blutig, es tritt Bewufstlosigkeit und schliefslich Exitus letalis ein. Die klinische Diagnose lautete: Stomatitis gangraenosa, Darmdiphtheritis, resp. Dysenterie, Nieren- und Blasenaffektion. Die Obduktion ergab: Hochgradige Nephritis mit Kalkablagerung in der Rinde. Tiefgreifende Nekrose der Schleimhaut des Dickdarmes und zum Teil des Ileums. Atrophierender Katarrh des Magens. Gangränöse Stomatitis. Abscesse in der rechtsseitigen Gefäfsmuskulatur, den Injektionsstellen entsprechend. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Angeborener Mangel des Penis, von F. Lemke. (*Virch. Arch.* 1893. Heft 1.) Ein fünf Monate altes Zwillingskind zeigt ein normales Scrotum, an dem man unten

vorn eine Öffnung findet, aus der sich der Urin entleert. Von dem hinteren Rande dieser Öffnung geht eine normale Raphe ab. Im Scrotum fühlt man die beiden Testikel und einen in ihm steckenden Penis, der äufserlich nicht einmal angedeutet ist. Jeder chirurgische Eingriff verbietet sich vorläufig durch die Zartheit des Kindes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gangraena penis mit nachfolgender Plastik, von Körte-Berlin. (XXII. Kongrefs der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie vom 12.—15. April 1893.) Der 28jährige Patient mit angeborener Phimosis bekam ohne Infektion eine Paraphimose, die zur brandigen Phlegmone des Penis führte; Vorhaut, ein grofser Teil der Haut des Penis waren brandig. Abtragung des brandigen Gewebes, Kauterisation mit dem Paquelin, Chlorkalkumschläge. Es stofsen sich die Bedeckungen des Gliedes mit der Wurzel, die Corpora cavernosa bis zum Scrotum und ein Drittel vom proximalen, oberen Ende der Eichel ab. Die Urethra blieb unversehrt, umgeben von einer dünnen Schicht des kavernösen Gewebes, als bleistiftdünner Strang, an dessen Ende wie eine Kirsche der Rest der Eichel hing. Vollkommene Heilung durch Plastik aus der Skrotalhaut; wie es mit der Funktion stehen wird, ist fraglich; die Glans zeigt Neigung zu Erektionen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorzeigung einer „Gasmuffe", durch Auseinanderfeilen von einem Penis entfernt, von A. Köhler-Berlin. (XXII. Kongrefs der deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 12.—15. April 1893.) Ein 43jähriger Mann hatte vor zwei Tagen die 4 cm lange, 1 cm dicke, mit scharfen inneren Gängen versehene Schraube über den Penis geschoben; $^{5}/_{4}$ Stunden langes Ausfeilen zweier Spalten, Auseinanderbiegen mit dem Heisterschen Speculum; Heilung einer kleinen Urinfistel in wenigen Wochen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Doppelbildung der männlichen Harnröhre (Urethra duplex), von Wilhelm A. Meisels. (*Wiener med. Woch.* 1893. No. 31.) Doppelbildungen der männlichen Harnröhre, aus ganz geschlossenen oder halb offenen, in Schleimhaut ausgekleideten Gängen bestehend, am Rücken des Penis sind höchst selten. Verfasser citiert die aus der Litteratur bekannten Fälle von Marchal, Perkowsky, Englisch, Dollinger, Pribram ausführlich, um daran den Bericht über zwei selbst erlebte anzuknüpfen. Der erste betrifft einen 27jährigen Mann; derselbe hat seit der Kindheit am Rücken des Penis eine Öffnung, aus der sich fadenziehendes, glasiges Sekret entleerte; auch bei jeder Ejakulation trat Flüssigkeit aus der Öffnung. Die Harnentleerung erfolgte in normaler Weise, jedoch hatte Patient das Gefühl, als wollte auch aus der oberen Öffnung sich etwas entleeren. Vor zwei Jahren Gonorrhoe; der eitrige Ausflufs aus der Harnröhre versiegte bald, während aus der oberen Öffnung immer noch Sekret sich entleert. Bei jeder Erektion hat er heftige Schmerzen am Rücken des Gliedes in einem federkieldicken, sich hart anfühlenden Strange. Die Glans geht am Rücken direkt in die Cutis über; 0,5 cm hinter der Glans eine Öffnung, die in einen, sich wie ein Strang anfühlenden, 12 cm langen Kanal führt, aus dem sich gonokokkenhaltiges Sekret entleert. Injicierte Kalium permanganicum-Lösung entleerte sich mit dem Urin auf normalem Wege. Heilung wurde durch totale Exstirpation des Kanals bis an den Schambogen erzielt, der 4 cm lange Rest obliterierte. — In dem zweiten Falle endete bei einem 12jährigen Knaben die normale Harnröhre als rudimentärer Kanal mit einem Klappenverschlufs in die abnorme, an der unteren Seite der Harnröhre befindliche Harnröhre, welche ausschliefslich der Urinentleerung dient. Die Enge der äufseren Öffnung hatte zu vielen Beschwerden, Enuresis etc., Veranlassung gegeben. Die Entstehung solcher Anomalien erklärt sich daraus, dafs der hintere, kürzere Teil der Harnröhre aus dem ursprünglichen Urogenitalkanal, der vordere,

längere aus der an der unteren Fläche des Geschlechtshöckers entlangziehenden Fissura genitalis entsteht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

LOUMEAU berichtet über einen 61jährigen Patienten mit **Urethralstriktur,** zu der sich später eine **Prostatahypertrophie** hinzugesellte. Die erstere hatte seiner Zeit die Urethrotomia interna erfordert, worauf sich Patient beständig sondierte. Verfasser betont die Unabhängigkeit der beiden Prozesse voneinander und die Zufälligkeit ihres Zusammentreffens. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1893. No. 15.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen durch Elektricität, von C. MANSELL MOULLIN-London. (*The Lancet.* 1893. No. 36 45.) Die früher empfohlene Behandlung von Urethralstrikturen mit schwachen konstanten Strömen ist in letzter Zeit ganz in Vergessenheit geraten; Verfasser hält das für ungerechtfertigt. Unter sorgfältiger Auswahl der Fälle hat Verfasser 20 Patienten mit denselben behandelt. Die Hälfte der Fälle zeigte narbige Strikturen, wie sie besonders nach Geschwüren (Schankern) entstehen. Bei 2—3 M. A. trat nach $^1/_2$ Stunde eine schwache Rötung ein, bei 10—12 M. A. wurde die Narbe weich, die Oberfläche feucht und klebrig, die umgebende Röte intensiv, das benachbarte Gewebe nachgiebig, so dafs bald ein Bougie von erheblicher Gröfse eingeführt werden konnte. Das zarte Epithel löste sich, es trat leichter Ausflufs ein. Unterliefs man in der Folge regelmäfsig zu sondieren, dann trat bald ein Recidiv auf. Ein Versuch, auch eine narbige Striktur des Oesophagus in gleicher Weise zu erweitern, schlug fehl. Die Strikturen nach chronischen Katarrhen der Mucosa, welche selten ohne Spasmen und Entzündungserscheinungen sind, eignen sich besonders für die elektrische Behandlung. Um das Epithel nicht zu verletzen und keine Reizung hervorzurufen, wurden nur Ströme von 5 M. A. genommen. Die Striktur erweicht bald, wobei das durch die Durchführung der Elektrode gegebene mechanische Moment wohl auch nicht ohne Bedeutung ist. Die Erweichung der Striktur bedeutet aber nicht gleich die Entfernung derselben, dazu bedarf es noch der Dilatation. Der negative Pol kommt in die Harnröhre.
Jessner-Königsberg i. Pr.

LOUMEAU berichtet über **6 Fälle von Urethralstriktur,** von denen er 5 durch progressive Dilatation, 1 mittelst Urethrotomia interna definitiv heilte. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1893. No. 15.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die wichtigsten pathologischen Veränderungen des Harnstrahles und das Nachträufeln des Harns, von A. PEYER. (*Korrespondenzbl. f. schw. Ärzte.* 1893. No. 14.) Die Veränderungen beziehen sich auf:

1. Die Projektionskraft, welche verstärkt ist bei pathologischen, stark entwickelten Detrusoren infolge von Hindernissen aufserhalb der Blase (langsam wachsende Strikturen, enges Orificium) oder abgeschwächt (perpendikulär abfallender Strahl) bei Prostatahypertrophie; Verfettung der Blasenmuskulatur nach Infektionskrankheiten; nach langem Zurückhalten des Urins; bei Rückenmarkskrankheiten; bei sehr engen Strikturen.

2. Das Kaliber (Prostatahypertrophie, Spasmus, enges Orificium, Phimose).

3. Die Form, deren Veränderung (gegabelter, abgeplatteter, spiraliger Strahl) jedoch nicht notwendig für Striktur spricht, sondern auch bei entzündlich verändertem, infiltriertem Meatus, sowie in ganz seltenen Fällen bei Blasenstein vorkommt.

4. Die Kontinuität. Eine plötzliche Unterbrechung des Harnstrahles findet statt bei Spasmus der Blasenschliefsmuskeln (Neurasthenie). Bei Blasenstein ist sie selten und erfordert eine besondere Beschaffenheit des Blasenhalses (weich und geschmeidig) oder des Blasensteines (klein und leicht), sowie eine regelmäfsige,

energische Kontraktion der Blase, damit der Stein genau in den Blasenausgang gepreſst werde.

5. Den Austritt des Harns im Strahl oder tropfenweise (Striktur).

6. Das Nachträufeln des Harns gleich oder einige Zeit nach dem willkürlichen Urinieren. Dessen Zustandekommen stellt sich Verfasser in der Weise vor, daſs eine Erschlaffung in der Muskulatur der Harnröhre zwischen Bulbus und Hals besteht, wodurch sich dieser Abschnitt nicht energisch genug kontrahieren kann, um den Rest des Harns auszupressen, der nun erst später und allmählich abgeht. Ferner kommt es vor bei engen Strikturen mit Dilatation der Urethra hinter denselben.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Bemerkungen über amerikanische Katheter und Bougies, von T. W. S. Gouley. (*New York med. Journ.* 22. Juli 1893.) Nach einigen einleitenden Worten über die Geschichte der Katheterfabrikation zeigt Verfasser an der Hand statistischer Zahlen, daſs die amerikanischen Fabriken den europäischen jetzt völlig gleich sind. Als die besten sind zu nennen G. Tiemann & Co. in New York und C. F. Kingstone. Von ersterer Firma werden die vorzüglichen Gummikatheter mit dem sog. „Sammetfenster" (Velvet eye) fabriciert. Die Haltbarkeit der Katheter letzterer Firma hat G. u. a. durch Anhängen von Gewichten bestimmt. Dieselbe erschien bei den amerikanischen Fabrikaten am gröſsten; die beste Sorte von Kathetern mit Seidengewebe ertrug eine Belastung von 115 Pfund, ohne zu reiſsen, doch löste sich bei dem Experiment allerdings der Lack an beiden Enden ab. Ein solcher Katheter wurde vom Verfasser nach 300maligem Gebrauch sogut wie neu befunden. Ein Patient hatte den seinigen sogar 1200 mal benutzt. Verfasser giebt eine Reihe von nützlichen Winken über die zweckmäſsige Handhabung der weichen Katheter und Bougies. Zum Einsalben vorm Gebrauch empfiehlt er statt Öl und Fett folgendes: Auf 30,0 kochendes Wasser werden 22,0 gepulverte weiſse Natronseife zugefügt und gut umgerührt; deinde adde Aq. fervid. ad 72,0. Colle et adde Tr. quillajae (1 : 5) 14,5.

Philippi-Nieheim.

Incontinentia nocturna und Phimosis, von E. Loumeau. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux.* Januar 1893. *Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 30.) Mit Tuffier unterscheidet Verfasser fünf Arten von Incontinentia nocturna:

1. psychopathischen Ursprungs (J. L. Petit);
2. durch erhöhte Reizbarkeit der Blase (Trousseau);
3. durch mangelhafte Kontraktilität des Sphinkters (Guyon), oder Anästhesie der Harnröhre;
4. durch Paralyse der Blase und des Harnröhrensphinkters;
5. epileptischen Ursprunges.

Zur zweiten Gruppe, klinisch charakterisiert durch Vorhandensein starker, nächtlicher, unwillkürlicher Harnentleerungen und häufiges, mit plötzlichem Drange einsetzendes Urinbedürfnis am Tage, gehören die Fälle, in denen periphere Reize, vor allem Phimosis, eine erhöhte Reizbarkeit der Blase bedingen. In solchen Fällen hilft sofort die Circumcision. Bei einem 15jährigen Manne, der seit der Kindheit daran litt, schaffte die Circumcision das nächtliche Bettnässen sofort weg, das öftere Bedürfnis zum Urinieren am Tage, wie in der Nacht hörten auch allmälich auf.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein eigentümlicher Zustand der Blase. Atonie? von J. Kennedy. (*New York med. Journ.* 24. Juni 1893 u. 22. Juli 1893.) Bei einer Frau war eine Tracheloraphie und Perineoraphie ausgeführt worden. Nach Beendigung letzterer Operation wurde katheterisiert, aber es lieſs sich kein Urin entleeren. Bei Druck auf die Blase konnte Verfasser etwa 75 ccm, oder noch mehr exprimieren. Dieses eigentümliche Verhalten

hielt einige Tage lang an. Ferner trat bei einem Manne, bei dem der Nervus ischiadicus vom Verfasser gedehnt worden war, am selben Abend eine ähnliche Blasenaffektion ein. Bei wiederholtem Katheterisieren entleerten sich jedesmal nur wenige Tropfen; Drücken auf die Blasengegend förderte dagegen etwa 180 ccm Urin zu Tage. Zwei ähnliche Fälle sind von B. Mc Cluer in den *Trans. Jowa State med. Soc.* 1884 beschrieben. *Philippi-Nieheim.*

Blasensymptome bei Neurasthenie und Hysterie, von Mesnard. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux.* 1893. No. 15.) Als solche verzeichnete Verfasser an der Hand zahlreicher Beobachtungen besonders Tenesmus vesicae, aufserordentliche Schmerzhaftigkeit beim Urinieren (Cystalgie, besonders bei Weibern), tropfenweise Entleerung des Urins, Unmöglichkeit der Sondierung infolge von Sphinkterkrampf. Das gleichzeitige Zeichen anderer nervöser Symptome, sowie der Anschlufs von lokalen Erkrankungen (Cystitis, Gonorrhoe, Striktur, Nephritis, Prostatitis etc.) ermöglichen die Diagnose. Die Therapie richtet sich selbstverständlich gegen das Grundleiden.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Pathologie der Cystengeschwülste der Blase, von J. H. Targett. (*Brit. med. Journ.* 29. Juli 1893.) Verfasser beschreibt ausführlich an der Hand von guten Präparaten aus Guys, St. Bartholomäus', St. Georges u. a. Museen die verschiedenen Formen der Cystengeschwülste der Blase. Die Krankengeschichten hierher gehöriger Fälle werden mitgeteilt. *C. Berliner-Aachen.*

Eine einfache Methode des hohen Blasenschnittes, von Lawson Tait-Birmingham. (*The Lancet.* 27. Mai 1893.) Folgende Methode der Sectio alta giebt der berühmte Verfasser an: Ohne Tamponade des Darmes und Anfüllung der Blase macht man, an der linken Seite des Kranken stehend, einen 2½ Zoll langen Schnitt dicht oberhalb der Symphyse bis auf die Sehne. Dann schneidet man diese am Knochen einen Zoll lang quer ein; darauf ein weiterer Schnitt in zentraler Richtung, 1½ Zoll lang. Nach Durchtrennung des Zellgewebes mit der Pinzette fafst man die durch ihre Resistenz sich kennzeichnende Blase mit Koeberleschen Klemmpinzetten und incidiert dieselbe ein wenig. Die Erweiterung wird mit dem Finger besorgt, bis man neben diesem noch die Steinzange einführen kann. Acht so operierte Fälle sind alle genesen. Bisher hat Tait immer ein Glasdrain eingelegt, meint aber, dafs man die Blase ebensogut mit Suturen schliefsen könnte. Man soll die Blase nur nicht zu weit emporziehen und nicht zu tief incidieren, um nicht den Plexus prostaticus zu verletzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zweizeitiger hoher Blasenschnitt, von N. Senn. (*Med. News.* 1. Juli 1893.) Um die Gefahren der septischen Infektion des prävesikalen Gewebes bei eiteriger Cystitis zu vermeiden, schlägt S. vor, den hohen Blasenschnitt in zwei Stationen auszuführen. Zunächst wird unter Chloroform bei möglichst vollgefüllter Blase und bei distendiertem Rectum (Trendelenburgs Kolpeurynter) auf die Blase eingeschnitten und an der vorderen Wand derselben ein ovales Gebiet von 2 Zoll Länge und 1 Zoll Breite von Fett und Bindegewebe frei präpariert. Die Wunde wird nicht genäht, sondern nur mit Jodoformgaze fest ausgestopft; letztere wird mit Heftpflaster in situ gehalten. Nach 4—6 Tagen, wenn sich die ganze Stelle mit gesunden Granulationen bedeckt hat, wird unter Kokain die Blase incidiert. Von zwei so operierten Kranken starb zwar der eine, doch war dies nicht der Operation zur Last zu legen.
Philippi-Nieheim.

Experimentelle Harnblasenplastik, von S. Rosenberg. (*Virch. Arch.* Bd. 132. Heft 1.) Verfasser verfolgte die Idee, aus der Kontinuität losgelöste Darmstücke in

die Blase einzunähen. Er ging folgendermafsen vor: Die erste sich darbietende Darmschlinge wurde, nachdem der Inhalt durch Streichen nach beiden Seiten verdrängt ist, durch mit Kautschuk überzogene Arterienpinzetten festgehalten und dann reseciert. Vereinigung des Darmrohres. Das isolierte Darmstück wurde dem Mesenterialansatze gegenüber eingeschnitten, ebenso an der Spitze die vorgezogene Harnblase; dann wurde das Darmstück in den Blasendefekt eingenäht. Die Tiere erholten sich von dem Eingriffe rasch, anfangs bestehender Tenesmus, Blut- und Bakteriengehalt des Urins schwanden; derselbe wurde ganz normal. Wurden die Tiere nach 2—12 Wochen getötet, dann erwies sich die Einheilung als vollkommen gelungen. Die Schleimhaut des transplantierten Darmes hatte sich auffallend geändert; die mikroskopische Untersuchung erwies, dafs in den Epithelien ein von der Blase zum Darme fortschreitender Umwandlungsprozefs stattfindet. Die Drüsenelemente des Darmes werden allmählich verdrängt, das papillare Stratum bedeckt sich mit Zellen, die nach Verfasser vesikalen Ursprungs sind. Abbildungen illustrieren die Ausführungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Varicocele, nebst einen Bericht über neunzehn Radikaloperationen, sowie über die verschiedenen Methoden der Ausführung, von B. M. Ricketts. (*New York med. Journ.* 17. Juni 1893.) Die Methoden der Radikaloperation der Varicen der Varicocele spermatica sind folgende: 1. einfache Unterbindung: 2. doppelte Unterbindung; 3. doppelte Unterbindung und einfache Incision; 4. doppelte Unterbindung und blutige Entfernung des Zwischenstückes; 5. Ligatur der einzelnen Venen; 6. Abklemmen und Abbrennen mit dem Glüheisen; 7. mediäre Amputation des Scrotum; 8. seitliche Amputation des Scrotum. Verfasser giebt im allgemeinen der No. 4 den Vorzug. Unter Kokainanästhesie wird doppelt unterbunden, excidiert und die Teile mit einer Katgutsutur aneinandergebracht. Naht der äufseren Wunde. Borsäureverband. Die Resultate werden als befriedigend geschildert.

Philippi-Nieheim.

Über isolierte Entzündungen der Vena spermatica interna im Samenstrange von H. Englisch. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1893.) Verfasser teilt zwei unkomplicierte Fälle frischer Entzündung des Plexus pampiniformis mit. Einmal gab Druck eines Bruchbandes, welches fälschlich bei einer Cyste des Vas deferens angelegt war, einmal Hufschlag die Veranlassung. Trotzdem beide Male durch Hochlagerung und Eis schnelle Heilung erfolgte, soll die Prognose doch vorsichtig gestellt werden, da sowohl in Vena cava und Vena renalis sich fortsetzende Thrombenbildung beobachtet ist, als auch eiterige Einschmelzung der Thromben und Abcefsbildung. Bei Steigerung des Fiebers und fortschreitender Entzündung ist Spaltung bis durch die Tunica propria ratsam. Manche traumatische Varicocele soll nach E. auf eine infolge von Entzündung eintretende Abnahme der Elasticität der Venenwandungen beruhen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hypertrophia prostatae, behandelt mit Kastration, von F. Rocum. (*Centralbl. f. Chir.* 1893. No. 35.) Doppelseitige Kastration bewirkt bei Hunden in ein bis zwei Monaten Verkleinerungen der Prostata; kastrierte Schweine haben eine kleinere Prostata, als nicht kastrierte. Verfasser übertrug dieses auf den Menschen und vollzog die Kastration bei zwei an Prostatahypertrophie leidenden Patienten mit ihrer Einwilligung. Das Resultat war in beiden Fällen ein gutes; die Gröfse der Prostata nahm schnell und erheblich ab, die Beschwerden schwanden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Unterbindung der Arteriae iliacae internae gegen Prostatahypertrophie, von August Bier. (*Wien. klin. Woch.* 1893. No. 32.) Fibröse Mammageschwülste hat der Verfasser sich zurückbilden sehen, nachdem er die Mamma so von der Unter-

lage abgelöst, dafs sie nur noch an einem Stiele unten und innen hing, die zuführenden Gefäfse unterbunden und dann die Wunde über der zurückgebrachten Drüse geschlossen hatte. Der Tumor verschwand in zwei Fällen vollkommen. Das Gleiche versuchte der Verfasser bei Prostatavergröfserung durch Verminderung der Blutzufuhr zu erreichen, indem er die Arteria iliaca interna unterhalb des Abganges von der Arteria iliaca communis unterband. Die extraperitoneale Operation ist technisch nicht schwierig, die intraperitoneale, die Verfasser auch einmal ausgeführt, verlangt viel Assistenz, sehr gute Narkose nnd ist deshalb nicht zu raten. Natürlich mufs die Unterbindung beiderseits vorgenommen werden. Cirkulationsstörungen hat Verfasser nach der Operation nicht gesehen. Von den drei operierten Fällen ist der eine, intraperitoneal operierte an septischer Peritonitis gestorben, bei den beiden anderen, extraperitoneal operierten ging die Heilung glatt von statten. Die Harnentleerung besserte sich sofort nach der Operation, die Verkleinerung der Prostata trat schnell ein und war eine zweifellose. Ob das Resultat ein dauerndes sein wird, wird die weitere Beobachtung lehren. Hervorzuheben ist, dafs die unterbundenen und durchtrennten Arterien weich waren, keine Spur von Arteriosklerose zeigten, wie sie Launois und Guyon zur Erklärung der Prostatahypertrophie heranziehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Prostatakatheter, von Schmitz-Themar. (*Der ärztl. Prakt.* 1893. No. 33.) In Fällen, wo weder Nelaton noch der stark gekrümmte Metall-Katheter die Pars prostatica passiert, hat eine Modifikation des ersteren dem Verfasser gute Dienste geleistet. In einen starken (22 Charrière) Nelaton-Katheter mit offenem toten Ende führt man ein dünnes (8 Charrière) geknöpftes, die Lichtung nicht ganz ausfüllendes Zinnbleibougie, dessen Länge die des Katheters überragt, dessen hinteres Ende sich allmählich verdickt und in einen flügelförmigen Griff endet. Den Pavillon des Katheters streife man über das verdickte Ende des Mandrins, dafs derselbe fest haftet und der Katheter etwas gedehnt ist; darauf giebt man dem Instrumente die voraussichtlich geeigneteste Form. Der Katheter ist schwer, am Mandrin sicher befestigt, hat weiche Wandungen und eine weiche Spitze und kann seine Form beim Einführen der Situation entsprechend ändern. Die genau beschriebene Anwendungsweise enthält nichts Hervorhebenswertes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Verdauungsstörungen, bedingt durch einzelne Erkrankungen der Harnorgane, von H. Alapy. (*Klinikai Fuozetek.* XV. Heft. Jahrgang 1892. *Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 37.) Die verschiedensten Grade der Dyspepsie können bei Erkrankungen der Harnorgane vorhanden sein; besonders konstant ist die Trockenheit und Rötung des Mundes, des Gaumens, der Zunge, des Schlundes. Hat die Zunge bei geröteter Spitze und gerötetem Rande einen schmierigen, trockenen Belag, Langue urinaire, dann empfinden die Kranken stets Durst, ekeln sich vor konsistenten Speisen, schlucken wegen Mangels an Speichel nur flüssige Nahrungsmittel (Dysphagia buccalis). Die Ursache für die Dyspepsien bei Retentio urinae ist in der Ausscheidung von Ammoniumsalzen auf der Schleimhaut des Verdauungstractus zu suchen. Es kommt dabei zur Geltung, dafs die Nieren gröfsere, aber diluiertere Urinmengen secernieren, welche relativ und absolut arm an festen Bestandteilen sind; diese gelangen deshalb in den Kreislauf. Durch diese chronische urämische Intoxikation und die Inanition infolge der Dyspepsie wird ein kachektischer Zustand bewirkt. Deshalb soll besonders bei alten Leuten hartnäckige Dyspepsie zur Untersuchung der Harnorgane auffordern. Kräftigung des Patienten, Laxantien (Mittelsalze), Beförderung der Hautthätigkeit sind zu verordnen; manchen Patienten bekommt mäfsige Bewegung, manchen Bettruhe mit permanenter Diaphorese besser. Die Blase soll bei Retentio gradatim

entleert werden; erst wenn sie sich an die Entleerung gewöhnt hat, kann diese mit sterilisiertem Nelatonkatheter regelmäfsig zweimal täglich vorgenommen werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Diagnose der unzulänglichen Nierenthätigkeit, von A. A. Jones. (*New York med. Journ.* 22. Juli 1893.) Verfasser hebt hervor, dafs in vielen Fällen allgemeinere Symptome in ihrem Abhängigkeitsverhältnifs von Nierenstörungen nicht richtig gewürdigt werden, weil man eine gründliche und wiederholte Untersuchung des Urins unterläfst. Er stellt sechs klinische Gruppen von Nierenkrankheiten auf: 1. Fälle mit ausgesprochener, dauernder Albuminurie und Cylindern. 2. Fälle, die nur zeitweilig Albuminurie und Cylinder aufweisen. 3. Albuminurie ohne Cylinder. 4. Cylinder ohne Eiweifs im Urin. 5. Fälle ohne Eiweifs und ohne Cylinder, aber mit deutlicher Verminderung des Gehaltes an Harnstoff und anderen festen Bestandteilen im Urin. 6. Nierenaffektionen als Folge reflektorischer Lähmung. Für die verschiedenen Fälle werden kurze klinische Beispiele angeführt. Es ist klar, dafs eine ungenügende Ausscheidung der im Körper kreisenden chemischen Noxen mittelst der Nieren die verschiedensten Allgemeinerscheinungen hervorrufen können, und dafs nur eine ganz eingehende Untersuchung des Urins die ersten Anfänge einer Störung in der Leistungsfähigkeit der Nieren erkennen lassen kann. *Philippi-Nieheim.*

Behandlung der Nierenstörungen, von L. Rochester. (*New York med. Journ.* 22. Juli 1893.) Verfasser betont unter Anführung eines prägnanten Beispieles die Unzweckmäfsigkeit der schablonenhaften Anwendung von Diureticis bei allen Fällen von mangelhafter Harnausscheidung. Ferner beschreibt, er einen einfachen Kesselapparat zur Verabreichung von Dampfbädern in der Privatpraxis und einen anderen für Heifsluftbäder. Letzterer besteht aus einem einfachen, winkelig gebogenen Rohr, das in einen auf drei Füfsen stehenden Trichter ausläuft. Darunter stellt man eine Spirituslampe und leitet die heifse Luft auf diese Weise unter die durch Tonnenreifen abgehobenen Bettdecken. Mit Vorliebe giebt Verfasser ferner destilliertes Wasser zu trinken. *Philippi-Nieheim.*

Chemismus und Therapie der Harnsäurediathese, von J. L. Porteous. (*New York med. Journ.* 15. Juli 1893.) Verfasser schildert zunächst an zwei klinischen Fällen die Symptome dieser Dyskrasie. Dieselben bestehen namentlich in Kopfschmerzen, Obstipation, Harndrang, dumpfen Schmerzen in der Lendengegend, Mattigkeit, teigiger Schwellung der unteren Augenlieder, hochgestelltem, oft trübem Urin, in welchem sich reichlich Uratkrystalle finden. Im Anschlufs an die Lehren von Sir W. Roberts, der ausgiebig in dem Artikel citiert wird, führt Verfasser ferner aus, dafs man zwischen Gicht und Harnsäure-Diathese unterscheiden müsse. Bei ersterer lagert sich die Harnsäure als Biurat in den Geweben ab; bei letzterer entsteht dieselbe in den Nieren und wird im Urin in ungebundener Form abgesetzt. Das Vorkommen neutraler Urate im Tierkörper, worauf von einigen Forschern die Entstehung der Gicht zurückgeführt wird, sei eine pure Unmöglichkeit, da diese Salze nur bei Vorhandensein kaustischer Alkalien und völligem Fehlen von Kohlensäure und Karbonaten entstehen können. Dagegen sind es die Quadriurate, welche allerdings im Urin vorkommen und durch Spaltung freie Harnsäure und somit Blasensteine zu bilden im stande sind. Diese Spaltung wird wesentlich verhindert durch die normalen Bestandteile des Urins, Chloride, Phosphate und auch die Urinpigmente. Ferner kommt viel auf die Reaktion an, da nur bei stark saurem Urin eine Spaltung stattfinden kann. Die Entstehung von harnsauren Konkrementen kann also bedingt sein sowohl durch Überschufs an Harnsäure im Urin (üppiges Leben), wie durch einen Mangel an Mineralsalzen bei ärmlicher Kost (Reisnahrung der Inder). Aufser Regulierung der

Diät hatte Verfasser mit Kalium citric. (2—2,5) und benzoesaurem Lithion (0,6), abends zu nehmen, die besten Resultate. (Cfr. auch die Arbeit von Herter.)

Philippi-Nieheim.

Einige praktisch wichtige Punkte betreffs der übermäfsigen Sekretion von Harnsäure, von C. A. Herter. (*New York med. Journ.* 1. Juli 1893.) Aus dieser interessanten Abhandlung, welche die Resultate von mehr als 600 Urinuntersuchungen bei 163 Patienten umfafst, mögen folgende kurze Notizen besonders hervorgehoben werden: Ein Niederschlag von Uraten aus dem Urin findet im allgemeinen innerhalb 24 Stunden nur dann statt, wenn ein Übermafs von Harnsäure darin enthalten ist. Letztere kommt allerdings frei so gut wie gar nicht im Urin vor, sondern meist als Quadriurat, mit Natron in loser chemischer Verbindung vereinigt. Die vierfachen Urate zerfallen aber sehr leicht, schon unterm Einflufs der Abkühlung zu Biuraten unter Abgabe eines Moleküls freier Harnsäure. Die entstehenden Biurate verbinden sich aber wiederum mit monobasischen Salzen, namentlich den Phosphaten, nochmals zu Quadriuraten, ein Kreislauf, der sich, abgesehen von eintretenden äufseren Störungen, fortsetzt, bis alle Harnsäure auskrystallisiert ist. Dafs ein Urin sehr bald nach der Entleerung Harnsäure ausscheidet, beweist also noch nicht, dafs ein Übermafs derselben vorhanden ist. Abnorm hoch ist der Harnsäuregehalt, wenn die Menge derselben zu der des Harnstoffes mehr als 1 : 45—1 : 60 beträgt. Ein höheres Verhältnis als 1 : 20 hat Verfasser niemals beobachtet. Abnorme Steigerungen, bald dauernder, bald vorübergehender Art, finden sich sehr vielfach, so dafs also die klinische Bedeutung gar keine so grofse zu sein scheint. Dieselben sieht man bei Neurasthenikern, bei Anämie, Leukämie, chronischer Gastroenteritis, Epilepsie, Migräne, Nephritis, Phthisis pulmonum, ja auch nach zu reichlichem Essen und Weingenufs. Somit wird die Bezeichnung „Harnsäurediathese“ vollständig hinfällig. Wahrscheinlich stammt die Harnsäure des Urins aus dem Nuklein zerfallener Zellen, namentlich der weifsen Blutkörperchen, und zeigt demnach mathematisch genau den Grad der eingetretenen Stoffwechselstörung an. Prognostisch ist also diese Erscheinung, resp. deren Verminderung von grofser Bedeutung. Therapeutisch kommt zunächst eine sorgfältige Regelung der Diät (Einschränkung der Amylaceen, der Zuckerstoffe), Vermeidung von Überanstrengung, dabei Massage, Arsenik und Eisen. Die vielfach empfohlenen Mineralwässer gewähren wenig Nutzen.

Philippi-Nieheim.

Mikroskopische Harnuntersuchung. (*Pharm. Centralh.* 1892. No. 21.) Zur Färbung der organisierten Objekte im Harn eignen sich am besten wässerige Lösungen von Hoffmanns Violett (4 B), Methylblau und Brillantgrün, da dadurch Epithelzellen und -cylinder gefärbt werden, so dafs hyaline Gebilde leicht erkennbar werden, während Salze (wie Harnsäure, Oxalate, Urate, Phosphate) und Eiter (? Ref.) ungefärbt bleiben.

F. Hahn-Bremen.

Zur Kenntnis der Ausscheidung mucinartiger und fibrinartiger geformter Massen aus dem uropoetischen System, von v. Jaksch. (*Zeitschrift f. klin. Med.* XXII. Bd. 6. Heft.) Grofse, makroskopisch sichtbare, geformte Fibrinmassen hat man bisher nur beim Krup, bei der Tuberkulose der Harnorgane, bei Hämaturie und Chylurie gesehen. Verfasser hat auch bei anderen Leiden ähnliche Bestandteile, wie wir sie häufig in dem Auswurfe finden, beobachtet.

1. Ureteritis membranacea. Nierenkoliken bei einer 45jährigen Köchin; Steinabgänge; trüber, alkalischer Urin mit fest zusammenhängendem, weifsem Sediment, das aus spiraligen, unverzweigten, bandartigen Gebilden besteht. Diese bestanden aus Mucin und Fibrin; keine Epithelien oder Leukocyten. Schwefelsäurelimonade; Besserung.

2. Abscefsbildung in der linken Niere, Abscheidung geformter

Fibrinmassen aus dem Harn. Schüttelfrost, Leibschmerzen, Dämpfung an der linken Seite des Abdomens, eiweifsreicher Urin, Cylinder, Epithelien. Eines Tages im blutigen Urin bis 10 cm lange, 3—4 mm dicke, weifse oder rote, verzweigte und verästelte, aus Fibrin bestehende Gebilde, die mit Nierenkanälchenepithelien besetzt sind. Heilung ohne Operation. In diesem Falle entstammen die Massen sicher dem Nierenkanälchen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Harncylinder im eiweifsfreien Urin, von Stephan Radomyski. (*Gesammelte Abhandlungen aus der medizinischen Klinik zu Dorpat*, herausgegeben von Prof. H. Unverricht. J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1893.) Zur Untersuchung des eiweifsfreien Harns auf seinen Cylindergehalt bediente sich Verfasser der Zentrifuge; die aus dem Sedimente hergestellten Präparate färbte er mit Jod. pur. 0,1, Kalii jodat. 10,0, Aq. destill. 100,0, welche Flüssigkeit gleichzeitig ein Reagens für Wachscylinder ist, die damit braun gefärbt werden. 140 Urine wurden untersucht, vorher auf Eiweifs mittelst der Salpetersäure- und der Essigsäure-Ferrocyankalium-Probe geprüft. Der Wiedergabe der gefundenen Ergebnisse geht eine Rekapitulation der über die Harncylinder in der Litteratur niedergelegten Arbeiten voraus. Aus den in Tabellen wiedergegebenen Resultaten geht folgendes hervor: Bei allen sechs Fällen von Herzfehlern wurden im eiweifsfreien Urin Cylinder gefunden, die Cylindrurie scheint danach eine Vorgängerin der Stauungsalbuminurie zu sein; das spricht gleichzeitig dafür, dafs die Harncylinder durch Koagulation aus dem Blutplasma, nicht aus den Epithelien entstehen. Dasselbe Ergebnis fand sich bei neun Fällen von Arteriosklerose, die ja mit Vermehrung der Widerstände, Erhöhung des arteriellen Blutdruckes, abnormer Durchlässigkeit der Gefäfse einhergeht. Auch bei vier schweren Enteritiden mit kopiösen Darmentleerungen bestand Cylindrurie, als Ausdruck einer Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes und einer Verlangsamung der Blutzirkulation in der Niere; nur bei einem Falle wurden die Cylinder vermifst. Bei Lungentuberkulose wurden fünfmal Cylinder gefunden, fünfmal nicht, bei vier Fällen akuter Infektionskrankheiten (Morbilli, Pneumonia crouposa, Diphtheritis) war der Befund inkonstant. Drei an Magenkrebs uud ein an Peritonealcarcinose leidender Patient hatten Cylinder im Urin, in einem Falle fehlten sie trotz vorhandener Stauungserscheinungen. Bei einer Reihe von Nervenfällen konnte Cylindrurie konstatiert werden, ohne dafs im Einzelfalle stets eine Erklärung dafür vorhanden gewesen wäre. Der Befund von Cylindern bei einem vollständigen gesunden Menschen wurde durch regelmäfsigen Alkoholgenufs begründet; bei 20 anderen gesunden Personen war das Ergebnis stets ein negatives. Die Frage, ob Cylinder im Urin stets etwas Pathologisches bedeuten, bejaht der Verfasser. Seine Schlufssätze lauten:

1. Harncylinder können im Harn gesunder Menschen nicht sein.
2. Im eiweifsfreien Harn kranker Menschen sind die Cylinder eine relativ häufige Erscheinung.
3. Die Anwesenheit von Cylindern ist in solchen Fällen vorwiegend an Zirkulationstörungen gebunden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Cylindroide im Urin und ihre Bedeutung, von A. Stengel. (*Med. News.* 15. Juli 1893.) Man kann drei Formen dieser im allgemeinen wenig beachteten Gebilde unterscheiden: 1. dünne, fadenförmige, meist hyaline, zuweilen gestreifte, aber stets sehr lange Cylindroide; 2. flache, bandförmige, meist gestreifte und oft gebogene Gestalten; 3. eine Form, welche grofse Ähnlichkeit mit echten hyalinen Cylindern hat und sich von letzteren nur durch ein eigentümlich schwanzförmiges Anhängsel unterscheidet. Verwechselungen mit echten Cylindern mögen häufig vorgekommen sein. Dafs es sich hier aber um zweierlei Sachen handelt, geht daraus hervor, dafs

die Cylindroide sich in eiweifsfreiem Urin und bei Patienten, welche klinisch keinerlei renale Symptome darboten, gefunden haben. Überhaupt stellen diese Gebilde eine zwar beachtenswerte, aber weit weniger schwer wiegende Erscheinung als die echten Cylinder dar. *Philippi-Nieheim.*

Über die praktische Verwendbarkeit einiger neuerer Eiweifsreaktionen, von Vas. (*Ung. Arch. f. Med.* 1892. No. 2. Ref. im *Centralbl. f. klin. Med.* 1892. No 43.) Verfasser hat einige neuere Eiweifsreaktionen nachgeprüft: Bezüglich der Sicherheit stellt er obenan die Sulfosalicylprobe (bis 0,002 % Eiweifs), dann folgt die Essigsäure-Rhodankaliumprobe (bis 0,004 %); die Trichloressigsäureprobe ist der ersteren gleichwertig, versagt aber in uratreichen Harnen. Die Essigsäure-Sublimatprobe ist zu verwerfen, auch die Salpetersäure-Bittersalz-, sowie die Salzsäure-Chlorkalkprobe bedeuten keinen Fortschritt gegenüber den bisherigen Eiweifsreaktionen. Die Sulfosalicylprobe wird so angestellt, dafs man bis zu 8 Tropfen der 20 %igen wässerigen Lösung dem filtrierten Urine zusetzt, doch sind auch die Krystalle verwendbar. Aufser Eiweifs giebt nur Albumose mit dieser Probe Trübung oder Niederschlag.

F. Hahn-Bremen.

Eine Modifikation der Mohrschen Titriermethode für Chloride im Harn, von Freund und Toepfer. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1892. No. 38.) Volhardt und Falk hatten das Mohrsche Verfahren (Ausfällen der Chloride mit salpetersaurem Silber, Indikator-Rotfärbung durch Bildung von chromsaurem Silber nach Zusatz von doppeltchromsaurem Kalium) für den Urin empfohlen; bei neutralem Urin versagt dies Verfahren, weil auch Harnsäure, Xanthinbasen, Rhodanide etc. niedergeschlagen werden, während bei Salpetersäurezusatz der Indikator verloren geht. Die Verfasser empfehlen daher, eine Lösung von 10%igem essigsauren Natron in 3%ige Essigsäure zuzusetzen. *F. Hahn-Bremen.*

Loumeau teilt die Krankengeschichte eines 26jährigen Patienten mit **Oxalurie** mit, der einen vollständig aus oxalsaurem Kalk bestehenden, bohnengrofsen Harnstein entleerte. Patient stammt aus neurasthenischer Familie, in der ebenfalls Harngriefs vorgekommen; er selbst ist Hypochonder, neuropathisch, in sich zurückgezogen, lebt dabei üppig und giebt sich nicht die nötige Bewegung. Auf diese Beanlagung und Lebensweise führt Verfasser das Enstehen des Harngriefses beim Patienten zurück, sowie speziell der Oxalurie, indem durch das Ueberwiegen von stickstoffreichen Nahrungsmitteln eine vermehrte Harnsäureproduktion entstand. Durch mangelhafte Oxydation dieser letzteren entsteht aufser anderen Zwischenstadien Oxalurie. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux* 1893. No. 15.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die parasitäre Natur der Ureteritis chronica cystica, von Prof. G. Pisenti (*Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat.* 1893. No. 15.) Verfasser hatte Gelegenheit, einen an Cysto-Pyelo-Nephritis verstorbenen Mann zu untersuchen; im rechten Ureter safsen zahlreiche, unregelmäfsig zerstreute Cysten, weniger im linken; der Blasenhals war von äufserst kleinen Cysten vollkommen bedeckt, die gröfstenteils eine klare Flüssigkeit enthielten. In diesen Cysten hat Verfasser nun Elemente gefunden von runder, ovaler Form, stark granuliert und mit zwei Kernen. Diese Elemente liegen frei; in einigen Cysten liegt eine grob granulierte Substanz, die vom Zerfall der geschilderten Körperchen herrührt, da man unversehrte Elemente und freie Kerne in derselben findet. Die Körperchen sind oft doppelt konturiert; in ihnen findet man oft Zeichen einer Vermehrung; zuweilen enthalten sie Vakuolen. Verfasser vermutet jetzt bei einer erneuten Untersuchung der Präparate dafs es sich um Sporozoen handelt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. №. 4. 15. Februar 1894.

Ein Beitrag zur Kontagiosität der Lepra nach Beobachtungen im St. Nikolaiarmenhause und russischen Armenhause zu Riga im Sommer 1893, und einiges über die Behandlung der Lepra im städtischen Leprosorium.

Von

Arthur von Reisner,

Arzt des städtischen Leprosorium bei Riga.

(Mit Tafel II.)

In den letzten Jahren werden in Riga immer häufiger frische Erkrankungen an Lepra beobachtet, so daſs es nicht mehr bezweifelt werden kann, daſs die Lepraendemie hier einen progressiven Charakter trägt. In welcher Weise aber dieser Progreſs statthat, entzieht sich bei den vereinzelt in den Vorstädten lebenden Leprösen häufig jeder ärztlichen Beobachtung, denn die anamnestischen Angaben werden entweder absichtlich oder aus Unkenntnis falsch gemacht. Es wird der Infektionsquelle kein Wert beigelegt, und sie wird vergessen, weil die Inkubationsdauer eine so lange ist, oder vielmehr, weil das Initialstadium lange Zeit hindurch so geringe Erscheinungen zeigt, daſs dieselben häufig auch von intelligenteren Individuen übersehen werden. Trotzdem ist es Dr. A. von Bergmann gelungen, auch bei den meisten von diesen Kranken Kontakt mit ihm bekannten Leprösen nachzuweisen.[1]

Bei den in unserer Anstalt verpflegten 75 Kranken kann man in der groſsen Mehrzahl Kontakt mit Leprösen im Raume der angenommenen Inkubationsdauer nachweisen; doch will ich hier eine Gruppe herausnehmen, wo ich auf die unzuverlässigen anamnestischen Angaben der Patienten selbst verzichten konnte, weil diese schon jahrelang vor der Erkrankung in einer Anstalt lebten und die Anamnese aus Angaben des Wartepersonals, der Administration und Untersuchungen seitens der Armenpflege eruiert werden konnte.

---

[1] A. von Bergmann, Zur Kontagiosität der Lepra. *Samml. klin. Vortr. von Volkmann*. 1891. No. 33.

Das St. Nikolaiarmenhaus ist im gesundesten Teile der Stadt, relativ hoch, gelegen; die Wasserversorgung geschieht durch die städtische Leitung, die rationell gemischte Nahrung wird im speziellen Falle vom Anstaltsarzte geregelt. Trotz dieser hygienisch wie auch diätetisch normalen Verhältnisse erkrankte vor circa drei Jahren eine alte Frau (Fall 2), die schon seit 20 Jahren Bewohnerin der Anstalt war; sie wurde im Februar 1892 in das Leprosorium aufgenommen; bald darauf, im Juni, wurde uns ein zweiter Fall (4) und endlich im März 1893 ein dritter zugeschickt. Dieser Umstand und ferner die Erfahrung, die ich aus allen von mir genau untersuchten Leprösen gewann, nämlich, dafs die Erkrankung relativ sehr häufig nach dem 50. Lebensjahre erfolgt (circa 33 %),[2] bewogen mich, die Administration des Armenhauses zu ersuchen, mir eine genaue Besichtigung sämtlicher 200 alter, arbeitsunfähiger Insassen zu erlauben. Ich fand in der Abteilung für Frauen noch fünf Lepröse, unter den Männern keinen.

Von diesen acht Fällen gehören zwei der tuberösen Form und die übrigen sechs der Lepra nervorum an. In allen Fällen war das charakteristische Bild so ausgesprochen, dafs die Diagnose nicht schwer war; jedesmal wurde nach dem Bacillus HANSEN gefahndet und nur bei den beiden tuberösen Formen gefunden.

1. Anna Schelichanowitsch, 70 Jahre alt, Lepra tuberosa. Patientin ist hochgradig abgemagert. Die Haut der Extremitäten und des Rückens ist gleichmäfsig infiltriert und fühlt sich derb an, nur an den Streckseiten der Arme fühlt man erbsengrofse Unebenheiten durch. Die bronzefarbene Haut stöfst die Epidermis in grofsen Schuppen ab. Das Gesicht ist gedunsen; die Augenbrauen fehlen. Fast am ganzen Körper ist Anästhesie, überall Hyperalgesie. Der Bacillus HANSEN ist reichlich vorhanden. Patientin ist seit 10 Jahren im Armenhause. Schon vor circa fünf Jahren klagte sie der Schwester über Gefühllosigkeit in den Extremitäten und zeigte ihr einige Flecken. Patientin stammt aus einer Gegend der Stadt, die als Leprаherd bekannt ist, so dafs man wohl annehmen darf, dafs sie schon zu Hause inficiert worden war, besonders da sich im Armenhause kein Anhaltspunkt bietet.

2. Anna Wittkowski, 63 Jahre alt, Lepra tuberosa, lebt seit 20 Jahren im Armenhause. Patientin hatte bei der Aufnahme in das Leprosorium im Februar 1892 mehrere erbsengrofse Knoten an den Streckseiten der Unterarme (Bacillus HANSEN) und auf den Handrücken, ebenso an den Streckseiten der Unter- und Oberschenkel. Alle diese Hautteile waren anästhetisch. Patientin war seit Aufnahme von Fall 1 deren Bettnachbarin; vor zwei Jahren bemerkte sie einige linsengrofse Knötchen und zugleich Anästhesie an den Streckseiten der Unterarme, und es entstanden Geschwüre an den Unterschenkeln.

3. Marianne Kinzelin, 75 Jahre alt, Lepra nervorum. Am linken Unterarme befindet sich auf der Streckseite ein charakteristischer, landkartenartiger Fleck mit hellem Zentrum, Anästhesie sowohl hier, als auch auf der Streckseite des anderen Unterarmes Patientin schlief seit der Aufnahme von Fall 1 vis-à-vis den beiden

[2] FRANZ ENGEL Bey findet in Ägypten von 2111 Erkrankungen 137 zwischen dem 50. und 80. Lebensjahre, eine bemerkenswert hohe Zahl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVI. No. 12.

vorigen und war nach Aussage der Wärterin mit ihnen eng befreundet. Der Fleck wurde ebenfalls vor zwei Jahren bemerkt und der Wärterin gezeigt. Patientin lebte schon 15 Jahre lang im Armenhause.

Diese drei Fälle bilden eine Gruppe für sich. Als Katholikinnen lebten sie in der katholischen Abteilung des Nikolaiarmenhauses und hatten wenig Umgang mit den anderen Insassen, und so sehen wir, wie sich eine zweite Gruppe von einem Fall herleiten läfst, der gar keinen Konnex mit diesen hatte und die Krankheit von aufsen einschleppte und, wie es sich erwies, auf einen sehr günstigen Nährboden verpflanzte.

4. Emilie Krause, 70 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt seit fünf Jahren im Armenhause. Grofse Flecken finden sich auf den Armen, dem Rücken und den unteren Extremitäten; der nur schmale infiltrierte Wall umschliefst eine hellere, narbenähnliche Partie. Letzterer Umstand läfst bei diesem chronischen Prozesse schon auf eine längere Dauer der Krankheit schliefsen, und decken sich die Angaben der Patientin in betreff der Dauer der Krankheit nicht vollständig mit den manifesten Erscheinungen derselben. Patientin giebt an, vor jetzt drei Jahren Vertaubung des vierten Fingers der linken Hand bemerkt zu haben und zugleich einen dunklen Fleck, der auch auf den Handrücken reichte. Jedenfalls hat sie sich irgendwo aufserhalb des Armenhauses inficiert; wo, ist schwer nachzuweisen, da sie sich in ihrer Eigenschaft als Bonne viel in fremden Häusern und auf Reisen befunden hat.

5. Louise Eck, 74 Jahre alt, lebt seit 15 Jahren im Armenhause. An der Innenseite der Oberschenkel sind grofse Lepraflecken, doch zeigen die zentralen Teile noch keine Schrumpfung, obgleich sowohl die taktile, als auch thermische Sensibilität vollkommen geschwunden ist. Nachdem Patientin zehn Jahre lang gesund in einem anderen Saale gelebt hatte, bezieht sie vor fünf Jahren für längere Zeit, circa zwei Jahre, ein Bett neben No. 4, Emilie Krause, und teilt mit dieser ihren kleinen Arbeitstisch; nach weiteren drei Jahren bemerkte Patientin den ersten kleinen roten Fleck am linken Oberschenkel, zeigte ihn aber erst ein Jahr später dem Arzte.

6. Margarethe Wilzing, 70 Jahre alt, befindet sich erst seit zwei Jahren im Armenhause. An den Streckseiten beider Arme sind grofse typische Flecken. Anästhesie der erkrankten Haut. Patientin hat ihrer schwachen Sehkraft wegen die Flecken selbst noch gar nicht bemerkt und war sehr unangenehm überrascht, als man ihr mitteilte, dafs sie an einer Hautkrankheit leide. Patientin hat in einer 50jährigen kinderlosen Ehe mit ihrem Manne stets allein dieselbe Wohnung in einer leprafreien Gegend der Stadt bewohnt; sie werden darauf beide in das Armenhaus aufgenommen. Nachdem sie zwei Jahre lang Bettnachbarin von No. 5, welche damals schon vor einem Jahre erkrankt war, gewesen ist, werden die Flecken vom Arzte bemerkt. Der Mann ist vollkommen gesund.

7. Sophie Wirbitzki, 82 Jahre alt, lebt seit $7^1/_2$ Jahren im Armenhause. An der Innenseite der Oberschenkel und an den Armen sind die typischen Lepraflecken nebst Anästhesie vorhanden. Seit der Aufnahme von No. 4, Emilie K., bewohnten beide dasselbe Zimmer, wo sich aufser ihnen nur ungebildete Lettinnen befanden; beide lebten in intimer Freundschaft, bis No. 4 in das Leprosorium aufgenommen wurde. Nach einem Jahre bemerkte Patientin den ersten kleinen Fleck am Oberschenkel, nachdem sie schon früher hier Ameisenkriechen und Gefühllosigkeit bemerkt hatte. Nach einem Jahre, im Sommer 1893, konstatierte ich die obenerwähnten Veränderungen.

8. Babbe Steinberg, 69 Jahre alt, lebt seit drei Jahren im Nikolaiarmenhause Aufser einem charakteristischen Flecken am linken Unterschenkel werden noch

einzelne, sowohl taktil als thermisch anästhetische Stellen scheinbar gesunder Haut in derselben Gegend gefunden. Um möglicherweise die einzige sichtbare inficierte Stelle vollkommen zu entfernen, umschnitt ich circa zwei Zentimeter vom Rande entfernt, den Flecken und vernähte die Wunde. Die mikroskopische Untersuchung entsprach vollkommen dem Bilde, welches GERLACH[3] bei dieser Form der Lepra fand. Nachdem Patientin anfangs Raummangels wegen im Armenhause in der katholischen Abteilung untergebracht war, bezog sie das Bett der E. K., No. 4, welche für einige Monate beurlaubt war. Nach weiteren zwei Jahren konstatierte ich die Krankheit; die Patientin selbst hatte den Flecken schon vor einiger Zeit, sie meint circa zwei Monaten, beim Baden bemerkt.

Einen noch gröfseren Prozentsatz an Leprakranken ergab die Untersuchung im russischen Armenhause, welches unter denselben Verhältnissen neben dem St. Nikolaiarmenhause liegt. Hier fand ich zehn Lepröse, zwei waren schon früher von dort in das Leprosorium aufgenommen, eine Kranke starb vor der Eröffnung des Leprosorium im Jahre 1880. Diese 13 Fälle gruppieren sich folgendermafsen:

9. Tatjana Jefimowa, 60 Jahre alt, Lepra tuberosa, starb 1880 im russischen Armenhause.

10. Elisabeth Boitkewitsch,[4] 75 Jahre alt, Lepra tuberosa, lebt seit 1877 im Armenhause. Mächtige Knoteneruptionen bedecken die Streckseiten der Extremitäten und die Gesichtshaut. Patientin erkrankte circa 1885 mit kleinen Knötchen im Gesicht; sie war von 1877—1880 Bettnachbarin und Pflegerin der vorigen (No. 9) gewesen.

11. Jenny Hetzel, 73 Jahre alt, Lepra tuberosa. Die Streckseiten der Extremitäten, Handrücken, Gesicht und Nasenschleimhaut sind mit ziemlich distinkt stehenden Knoten bedeckt. Patientin lebt seit 18 Jahren gesund im Armenhause; vor jetzt drei Jahren bemerkte sie die ersten roten Flecken, welche sich derb anfühlten. Obgleich hier direkter Kontakt nicht nachweisbar ist, so giebt Patientin zu, häufig Umgang mit der vorigen (No. 10) gehabt zu haben.

12. Marie Wischnewskaja, 70 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt seit 17 Jahren im Armenhause. Am rechten Unterschenkel ein Fleck mit sehr breitem, rotem Wall und atrophischem, livide gefärbtem, anästhetischem Zentrum. Der Fleck besteht erst seit einigen Monaten. Patientin ist vor $2^1/_2$ Jahren ein halbes Jahr lang Bettnachbarin der No. 11 gewesen, und haben sie sich intim befreundet; No. 11 war schon im Leprosorium und wurde noch häufig von ihr besucht.

13. Elisabeth Astratjewa, 75 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt seit neun Jahren im Armenhause. Ausgebreitete Anästhesie an den Unterschenkeln und Streckseiten der Arme. Die Ulnarnerven sind beiderseits im Sulcus ulnaris stark verdickt. Am rechten Unterschenkel ein grofser Fleck mit atrophischem Zentrum. Patientin ist schon sechs Jahre vor ihrer Aufnahme in das Armenhaus erkrankt gewesen.

14. Barbara Hartmann, 60 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt seit 20 Jahren im Armenhause. Am linken Unterschenkel ist ein charakteristischer Fleck noch jungen Datums, mit breitem, infiltriertem Rande. Der Fleck existiert erst drei bis vier

---

[3] W. GERLACH, *Untersuchungen über die Unabhängigkeit der Bildung anästhetischer Hautflecke von der Erkrankung zugehöriger Nerven bei der Lepra anaesthetica.* Dissert. Dorpat.

[4] Diese beiden Fälle (No. 9 u. 10) sind bereits von Dr. A. VON BERGMANN veröffentlicht worden, *Samml. klin. Vortr. v. Volkmann.* 1891. No. 33.

Monate lang. Patientin ist Bettnachbarin der vorigen vor drei Jahren circa zwei Jahre lang gewesen.

15. Pelageja Kononowa, 80 Jahre alt, Lepra nervorum, bewohnt das Armenhaus seit 23 Jahren. Mit dieser Patientin wenden wir uns einer Gruppe zu, welche von fünf Fällen gebildet wird, die als Sieche und Altersschwache eine aparte Abteilung bewohnten. Sie verlassen ihre Betten fast gar nicht mehr, und darum sehen wir auch die bemerkenswerte Thatsache, daſs die Krankheit hier von Bett zu Bett fortschreitet. Groſse landkartenförmige Flecken bedecken die Schultern dieser Patientin; ebensolche finden sich an den Armen und Beinen. Das stark atrophierte Zentrum und der schmale Wall machen die Aussage der Patientin wahrscheinlich, daſs dieselben schon mehr als fünf Jahre bestehen. Ob die Patientin von No. 9, 10 oder 13, welche alle damals schon leprös waren, inficiert worden ist, läſst sich nicht nachweisen, ist aber wahrscheinlich.

16. Katharina Wernowa, 68 Jahre alt, befindet sich seit sechs Jahren im Armenhause. Am linken Unterarme, linken Unterschenkel und rechten Oberschenkel sind mäſsig groſse Flecken mit breitem Wall und relativ kleinem, atrophiertem Zentrum. Patientin bemerkte die Flecken zuerst vor neun Monaten. Patientin ist die letzten drei Jahre Bettnachbarin der vorigen gewesen.

17. Thekla Rutkowskaja, 65 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt seit 20 Jahren im Armenhause. Auf der rechten Mamma besteht ein charakteristischer Fleck seit einigen Monaten; auch dieser Fleck zeigt schon ein atrophisch anästhetisches Zentrum, während der infiltrierte Rand noch breit ist. Sie schläft seit zwei Jahren vis-à-vis von No. 13 und ist ihre spezielle Bedienung.

18. Natalja Issakowa, 50 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt seit drei Jahren im Armenhause. Auf dem linken Knie und linken Oberschenkel, wie auch auf dem Rücken sind groſse Flecken mit schmalem Rande. Das Leiden besteht seit einem Jahre. Patientin wohnte früher in einem als Lepraherd bekannten Stadtteile, wo auch augenblicklich noch viele Lepröse leben.

19. Anna Jwanowa, 67 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt seit neun Jahren im Armenhause. Am linken Ellenbogen und rechten Oberarme mittelgroſse Flecken mit breitem, braunrotem Rande; das atrophierte, anästhetische Zentrum ist klein. Den ersten Flecken bemerkte sie vor drei Monaten; sie ist seit der Aufnahme der vorigen ihre Bettnachbarin gewesen.

20. Michael Tuturin, 64 Jahre alt, Lepra tuberosa, lebt seit 18 Jahren im Armenhause. Linsen- bis bohnengroſse Knoten bedecken die Streckseiten der Arme, die Haut der Unterschenkel ist derb infiltriert, an der Sohle des linkes Fuſses ein Ulcus. Im Ausstrichpräparat finden sich zahlreiche Leprabacillen. Vor drei Jahren bemerkte Patient die ersten Flecken und Knötchen an den Unterschenkeln. Die Infektion ist hier wahrscheinlich im Umgange mit den Leprösen der Anstalt zu stande gekommen.

21. Alexander Naumow, 55 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt seit vier Jahren im Armenhause. Am rechten Unterarme bemerkte Patient schon vor circa einem halben Jahre einen Fleck, der unterdessen bedeutend gröſser geworden sei. Der hohe infiltrierte, rotbraune Rand umschlieſst eine blasse, anästhetische Partie. Patient arbeitete beständig mit dem vorigen zusammen.

22. Artemij Jwanow, 66 Jahre alt, Lepra nervorum, lebt erst seit einem Jahre im Armenhause. Lepraflecken finden sich auf der linken Schulter und auf dem Rücken. Patient ist seit 10 Jahren intim befreundet mit seinem Zunftgenossen Schuhmacher Romanenko, welcher sich seit einem Jahre im Leprosorium befindet und seit circa sieben Jahren an Lepra tuberosa leidet.

Hiermit ist die Reihe der Erkrankungen an Lepra im St. Nikolaiarmenhause und russischen Armenhause geschlossen, doch möchte ich bei dieser Gelegenheit noch einen Fall beschreiben, dessen Krankheitsgeschichte mir durch die Freundlichkeit Dr. A. von Bergmanns zur Verfügung steht und die mir auch überaus beweisend für die Kontagiosität der Lepra erscheint.

23. L. P., 43 Jahre alt, Lepra tuberosa, in Moskau geboren, ist Taschenspieler und Zauberkünstler und hat in dieser Eigenschaft viele Städte Rufslands besucht, aber ohne einen als Lepraherd bekannten Ort berührt zu haben; übrigens hat er sich auch nirgends längere Zeit aufgehalten und auch seine Familie, die anfangs in Moskau, später in Hasenpoth lebte, immer nur auf kurze Zeit besucht. Vor circa 4½ Jahren associerte er sich mit dem an Lepra tuberosa leidenden rigaischen Kaufmann D. F., und sie reisten ein Jahr lang gemeinsam umher. Obgleich Patient selbst aussagt, dafs die Hautkrankheit F's. ihm unheimlich gewesen sei und er sich nach Möglichkeit von ihm ferngehalten habe, ist es doch einigemal vorgekommen, dafs sie dasselbe Schlafzimmer teilen mufsten und dasselbe Handtuch benutzten. Vor 2½ Jahren trat ein Fleck am rechten Arme auf, den Patient aber weiter nicht beachtete, weil er ihm keinerlei Beschwerde verursachte. Im August 1892 trat ein Ausschlag auf der Stirn auf, ohne Jucken bei bestem Wohlbefinden des Patienten. Im Frühjahr 1893, als auch ich Gelegenheit hatte, den Patienten zu sehen, waren bereits wohlausgebildete Knoten auf der Stirn vorhanden. Nachdem L. P. sich von F. getrennt, zog dieser nach Hasenpoth in Kurland, wo sich die Familie des L. P. aufhielt, und war ein Jahr lang täglicher Gast in der Familie. Herr Dr. von Bergmann untersuchte im Frühjahr 1893 die sehr gut ernährte, blühende Frau des L. P. und konstatierte bei ihr auf den Beinen und Vorderarmen „Chagrinhaut" und am linken Unterschenkel einen hellen paraesthetischen Fleck.

Von diesen 23 Fällen von Erkrankung an Lepra erkrankte neunmal die Bettnachbarin einer Leprösen; sechsmal erfolgte die Erkrankung nach jahrelangem intimen Umgange; nur vier Erkrankungen konnten durch häufige, zufällige Berührung mit den übrigen Leprösen der Anstalt erklärt werden; viermal wurde die Krankheit eingeschleppt.

Es ist gewifs dasselbe Bild, wie es im allgemeinem jede chronische kontagiöse Infektionskrankheit darbietet, wenn ich noch hinzufüge, dafs die Heredität in allen Fällen ausgeschlossen war. In der Form der Ernährung ist nichts abnormes Einseitiges, und auch vor ihrem Eintritt in die resp. Anstalten lebten die Patienten fast alle in relativ guten Verhältnissen; die arbeitsunfähigen Armen des Proletariats der Stadt finden in anderen Anstalten Aufnahme.

Bei der geringen Virulenz des Lepragiftes ist die Zahl von 22 Erkrankungen auf 340 Insassen der beiden Institute gewifs eine hohe zu nennen, wenn sie in dem kurzen Zeitraume von 4—5 Jahren erfolgten. Da sämtliche Patienten das 50. Lebensjahr bei der Erkrankung überschritten hatten, bestätigte sich meine Voraussetzung vollkommen, dafs das höhere Alter zur Erkrankung an Lepra disponiert, und auch normale diätetische und hygieinische Verhältnisse schützen nicht davor.

Während ich im September 1892 in einem Vortrage in der Gesellschaft praktischer Ärzte Livlands[5] hauptsächlich über meine Mifserfolge mit Tuberkulin an der Hand von charakteristischen Krankengeschichten berichten konnte und noch über gar keine positiven Resultate bei der Behandlung der Lepra mit spezifischen Mitteln verfügte, habe ich jetzt einige sehr bemerkenswerte Veränderungen durch Behandlung mit Gurjunbalsam erzielt. Die günstigen Erfahrungen, welche DOUGALL, BENSLEY, HILLIS u. a. m. mit Gurjunbalsam machten, bestimmten mich, dieses Mittel auch in unserer Anstalt anzuwenden. Schon im vorigen Jahre glaubte ich, nachdem ich das Mittel erst einige Wochen angewandt hatte, einen günstigen Einflufs desselben auf lepröse Ulcera bei äufserlicher Behandlung zu bemerken, doch mufs ich jetzt gestehen, dafs es so unverdünnt, wie ich es damals anwandte, nur anfangs gut, später aber sehr stark irritierend wirkte, so dafs ich es jetzt nur in der Verdünnung 1 : 3 Teile Lanolin zu diesem Zweck anwende. Es werden jetzt 26 Kranke mit Gurjunbalsam folgendermafsen behandelt: Mit 5 Tropfen täglich beginnend, wird die Dosis allmählich vergröfsert bis 70 und mehr, je nachdem wie der Patient es verträgt. Sobald Reizerscheinungen seitens des Magens oder der Nieren eintreten, wird das Mittel natürlich ausgesetzt. Zugleich wird nach dem täglichen Bade eine circa zweistündige Einreibung aller infiltrierten Partien, d. h., oft beinahe des ganzen Körpers mit einer Gurjunsalbe (Gurjun 3, Lanolin 1) vorgenommen. Körperteile, welche für die Massage nicht geeignet sind, z. B. das Gesicht, werden mit Gurjunpasta beklebt. Nach einer solchen Behandlung, wenn sie lange genug dauerte, wurde in geeigneten Fällen, d. h. frische Fälle der tuberösen Form, eine wenigstens teilweise Zurückbildung der Infiltrate niemals vermifst. In einem Falle, der jetzt seit 10 Monaten in der beschriebenen Weise behandelt wurde, ist ein vollständiger Schwund des leprösen Gewebes und der Bacillen eingetreten.

Agafiga Lissowskaja, 39 Jahre alt, wird am 6. Oktober 1892 in das Leprosorium aufgenommen.

Status praesens: Infiltrate von verschiedener Gröfse (1—5 cm im Durchmesser) und von unregelmäfsigem Kontur ca. $^1/_2$ cm. über das Niveau der gesunden Haut erhaben, bedecken das Gesicht und die Ohren, an der linken Seitenfläche der Nase befinden sich zwei circa haselnufsgrofse Knoten (cfr. Fig. 1). Die Hautfarbe über den Infiltraten ist braunrot; an der Oberfläche sind die Kapillaren stark erweitert; die Epidermis wird in grofsen Schuppen abgestofsen. Die Infiltrate zeigen zuweilen in der Mitte eine Delle, welche blasser erscheint. Dieselben Veränderungen finden sich auf der Haut der Extremitäten, nur dafs die

[5] *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893 No. 1.

Infiltrate hier seltener und gröfser sind, während auf der Brust, dem Bauche und dem Rücken nur wenige, kleine Infiltrate vorhanden sind. Die Ulnarnerven sind in Sulcus ulnaris spindelförmig verdickt.

Die taktile und thermische Sensibilität ist auf der veränderten Haut vollkommen verschwunden. Lymphdrüsenschwellungen sind nicht nachweisbar. Die der Untersuchung zugänglichen Organe und Schleimhäute verhielten sich vollkommen normal. Bei der Aufnahme werden, wie es in unserer Anstalt üblich ist, die charakteristischen Veränderungen photographiert und wird die erkrankte Haut mikroskopisch untersucht. Letztere Untersuchung ergab sehr zahlreiche Haufen von Leprabacillen (Präparat No. 25 der Sammlung).

Am 13. Oktober 1892 wurde die Gurjunbehandlung eingeleitet, nachdem die Haut über dem neugebildeten Gewebe im Gesichte ganz oberflächlich mit dem Paquelin erodiert worden war, ein Verfahren, welches ich anfangs immer mit der Behandlung mit Gurjun verband, jetzt aber wegen der restierenden Narbe nur im Falle sehr derber Infiltration anwende.

Schon nach einigen Tagen entsteht eine entzündliche Rötung und Schwellung der Infiltrate des Gesichtes, während die Infiltrate an den Extremitäten keinerlei Veränderung zeigen. Nach dreimonatlichem Gebrauche von Gurjun, Patientin nimmt schon bei bestem Wohlbefinden 40 Tropfen täglich ein — notierte ich: Die früher erhabenen Infiltrate im Gesichte ragen jetzt über das Niveau der gesunden Haut nicht herüber; die Haut dieser Stellen ist stark gerötet, ferner, die Infiltrate der übrigen Haut sind alle flacher und blasser geworden. — Nach weiteren drei Monaten, am 17. Mai 1893, ist folgender Status notiert: Im Gesichte deuten kleine weifse, runde Narben, die wohl vom Paquelin herrühren, die Stelle der ehemaligen Infiltrate an; die Narben sind bedeutend kleiner, als letztere waren. An der Stelle der Infiltrate an den Extremitäten sind braune Pigmentflecken zu sehen. Die Anästhesie derselben ist teilweise geschwunden. Zwei Hautstücke werden excidiert, eines aus einem Flecken am rechten Unterarme, das andere aus der Haut des linken Oberschenkels. Die mikroskopische Untersuchung dieser Stücke zeigte sehr spärliche Inseln von kleinen Rundzellenhaufen, die in ein sehr mächtiges Bindegewebe im Corium eingeschlossen sind. Leprabacillen sind in keinem Schnitte mehr nachweisbar.

Am 2. August 1893: Die Gesichtshaut ist vollkommen normal; die kleinen weifsen Narben vom Paquelin sind teilweise auch schon verschwunden (cfr. Fig. 2). Die früher braunen Pigmentflecken an den Extremitäten und am Rumpfe sind jetzt blafsbronzefarben, an den Unterarmen so blafs, dafs man sie nur sehr schwer von der gesunden Haut unterscheiden kann. Die Anästhesie ist im zentralen Teile der Infiltrate geblieben. Die Ulnarnerven im Sulcus ulnaris sind mäfsig verdickt und

fühlen sich derb an, weil die Rundzellenansammlung in der bindegewebigen Scheide derselben wahrscheinlich dieselbe Veränderung durchgemacht hat, wie im Corium. Bei allen von mir ausgeführten Sektionen fand ich, wenn die Unterarme oder Hände erkrankt waren, dieselben Rundzelleninfiltrationen und Bacillenmassen im bindegewebigen Gerüst der Ulnarnerven im Sulcus ulnaris, wie auch im Corium.

Es werden wieder mehrere Hautstücke, auch aus der gesunden Haut, ausgeschnitten. Die Vergleichung der mikroskopischen Bilder beider Schnitte ergab keinen Unterschied mehr zwischen beiden, nur dafs vielleicht eine Vermehrung und Durchschnittsvergröfserung der Kapillaren der früher kranken Haut bemerkt wurde.

Am 1. September wird die Patientin der Gesellschaft praktischer Ärzte Livlands vorgestellt und darauf als geheilt entlassen.

Nachtrag.

Am 27. September stellt Patientin sich wieder vor. Sie giebt an, sich seit einigen Tagen sehr unwohl zu fühlen, nachdem sie vorher einen Schüttelfrost gehabt hatte. Das Gesicht und die Extremitäten sind stark ödematös, die Temperatur 39,5. Die Haut ist sehr stark gerötet. Das Fieber läfst nach einigen Tagen nach, um mit einem Schüttelfroste wieder einzusetzen und behält diesen Typus bis zum 16. Oktober. Das Ödem konsolidiert sich zu derben, braunroten Infiltraten, welche jetzt beinahe die ganze Haut der Extremitäten und des Gesichtes bedecken, nur wenige Inseln normaler Haut zwischen sich lassend. Es wird ein mikroskopisches Präparat der infiltrierten Haut angefertigt, welches eine mäfsige Rundzelleninfiltration im Corium und spärlich liegende Bacillenhaufen und einzelne Bacillen zeigt.

Die Gurjunbehandlung wird wieder begonnen und kann am 1. November ein Flacher- und Blasserwerden der Inlfitrate notiert werden.

Psorospermoses Cutis.

Von

Dr. A. Ravogli - Cincinnati.

Auf dem Tierkörper existieren eine grofse Menge Sporozoa, welche alle der niedrigsten Klasse der Protozoen, nämlich den Psorospermen und Gregariniden, angehören. Psorosperme sind Zellparasiten, Cytozoa. Sie haben eine rundliche Gestalt und wurden von Leuckart, der sie zuerst

in der Kaninchenleber[1] bei gewissen Erkrankungen dieses Organes beobachtete, als Coccidium oviforme bezeichnet.

PAGET hat bekanntlich eine ulcerative Erkrankungsform der Brustwarzen bei Frauen beschrieben, welche in der Folge als Pagetsche Krankheit ihrer Eigentümlichkeit wegen als ein besonderes Leiden anerkannt worden ist. Im Jahre 1889 leitete WICKHAM bei Gelegenheit des internationalen dermatologischen Kongresses in Paris die Aufmerksamkeit der Dermatologen auf die pathologische Anatomie und Ätiologie dieser Pagetschen Krankheit. Als Ursache derselben bezeichnete er einen Parasiten von der Art der Sporozoen. DARIER folgte mit einer Besprechung der kutanen Psorospermose und erwähnte einen von ihm beobachteten Fall von Psorospermose folliculaire végétante, den er zu derselben Klasse wie die übrigen rechnete. Als ätiologisches Moment führte er einen eigentümlichen, rundlichen Parasiten an, der aus einem grofsen Kern und einer dicken Membran bestand und in dieser Hinsicht Ähnlichkeit hatte mit den von LEUCKART bei der Leberkrankheit der Kaninchen beschriebenen Gebilden. Ferner hob er das Vorkommen dieser nämlichen Parasiten bei gewissen Arten von Epitheliomen, sowie deren Fähigkeit, eine Ansammlung von Epithelzellen zu verursachen, hervor.

Auf DARIERS Ausführungen folgten Bemerkungen von WHITE, TÖRÖK, TOMMASOLI, BOECK und DUCREY, welche zwar sich mit ihm in Übereinstimmung befanden betreffs der Eigenartigkeit der Erkrankung und des Vorhandenseins dieser eigentümlichen Körperchen, aber sich nicht einverstanden erklärten mit allen den aufgestellten Behauptungen von der parasitären Natur derselben und der von DARIER verfochtenen Ansicht von der Kontagiosität mancher Epitheliome.

Während der letztvergangenen Jahre ist die Litteratur über diesen Gegenstand enorm vermehrt worden und umfafst jetzt zahlreiche Beobachtungen und Experimente der ausgezeichnetsten Dermatologen nebst Beweisgründen für und wider die neue Theorie. Es sei mir gestattet, möglichst kurz die wichtigsten Arbeiten der letzten Jahre zu besprechen, um daraus einige Schlüsse zu ziehen.

Im Jahre 1890 hat L. WICKHAM[2] darauf aufmerksam gemacht, dafs die Pagetsche Krankheit, welche für sehr selten galt, und als deren Prädilektionssitz die Brustwarze und die Mamma bezeichnet wurden, auch am Penis und am Scrotum vorkommt. Er unterschied drei Stadien bei dieser Krankheit und legte die Eigentümlichkeiten des Leidens bei einer jeden dieser Perioden dar. Er erwähnte dabei die DARIERschen Beobachtungen und trat auch für die parasitäre Natur des Leidens ein. Seine mikroskopischen Untersuchungen lehrten uns auch die abnorme Verdickung des Rete mucosum und dessen ins Derma hineinragende, interpapilläre Anhängsel kennen, welche er für Anhäufungen von Psorospermen hält. Er fand die Ausführungs-

---

[1] LEUCKART, *Die Parasiten des Menschen.*
[2] L. WICKHAM, Über die sogenannte Pagetsche Krankheit. *Thèse de Paris.* 1890.

gänge und die Acini der Schweifs- und Talgdrüsen erweitert und mit Psorospermen angefüllt. Die Zellen bekunden eine Neigung zur Bildung von Gruppen und sind in der Umgebung des Coccidium von flacher Gestalt. Als letztes Stadium der Krankheit bezeichnet er dasjenige der carcinomatösen Induration. Das Neoplasma beginnt entweder im Epithel oder in den Ausführungsgängen oder in den Drüsensäcken selber. In allen Fällen fanden sich Parasiten zwischen den Epithelhaufen.

Boeck stellte im September 1889 einen Mann vor mit einer seit 16 Jahren bestehenden Affektion, welche in Gestalt von kleinen, hanfkorngrofsen Erhebungen fast den ganzen Körper einnahm. Dieselben waren von Epidermismassen bedeckt und repräsentierten nach der Meinung des Vortragenden einen typischen Fall von Psorospermose folliculaire végétante. Als Beweis für die Kontagiosität dieser Krankheit stellte er im November desselben Jahres zwei weitere Fälle, die Söhne dieses Patienten, vor.

Ferner beschrieb Bulkley (*Med. News.* 1890) einen Fall von Psorospermosis follicularis. Das von Arnold Sack 1891 beschriebene Ulerythema sycosiforme ist als ausgesprochener Fall von Psorospermose erwiesen worden; die Primärläsionen gingen nicht in Eiterung über, verschwanden auf dem Wege der Resorption und hinterliefsen eigentümliche Narben.

Jonathan Hutchinson jr. erkennt (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. pag. 63) das Vorkommen des Coccidium oviforme bei mehreren Hautkrankheiten an und kommt zu dem Schlufs, dafs eine Reihe von anscheinend untereinander ganz verschiedenen Krankheiten, Keratosis follicularis, Acne varioliformis und Molluscum contagiosum, eine gemeinsame Basis in Gestalt der animalischen Parasiten besitzen dürften.

Dieselbe Frage wird auch von Philippson in seinen *Besprechungen über das von Besnier und Doyon bearbeitete Kaposische Lehrbuch der Hautkrankheiten* berührt, wobei im Kapitel Acne sowohl eine Art Acne agminata, als auch die Darier'sche Psorospermose, das Ulerythema acneiforme, das Ulerythema sycosiforme Unnae u. s. w. zusammengruppiert werden; bei allen diesen Affektionen ist das auffallendste Symptom die Einziehung in der Mitte der Pustel nebst der daraus entstehenden Narbe.

Ludwig Török wendet sich (*Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut* 1892) gegen Neisser, Touton u. a., indem er die Behauptung aufstellt, dafs diese Zellen keine Parasiten, sondern blofs kolloide Substanz seien.

Schwimmer berichtete beim Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft 1892 über einen Fall von Psorospermosis cutanea vegetans und führte die Entstehung desselben auf Psorosperme zurück. White hingegen erklärt sich auf Grund der Bowenschen Untersuchungen gegen die parasitäre Natur dieses Leidens, während Lustgarten auf der anderen Seite sich für die Darierschen Ansichten ausspricht, ebenso wie Mansuroff, der die Coccidien für die Ursache der Psorospermose hält.

Ferner bezeichnet Sheridan Delepine (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. Über die Beziehungen der Psorospermosen zur Carcinombildung) die Psorosperme der Kaninchenleber als den Typus jener Protozoa, welche in den Epithelzellen vorkommen und Tumoren mit allen den Charakteristiken der Adenome oder der cystischen Papillome erzeugen. Bei vielen der von ihm untersuchten epithelialen Neoplasmen hatte er aber noch einige Zweifel über die endogenen Carcinomzellen. Die Zellen der erkrankten Kaninchenleber, bei denen er die Krebskörperchen nicht finden konnte, blieben aber beim Aufbewahren in der feuchten Kammer immer unverändert.

In einer anderen Arbeit von Ludwig Török (Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. No. 5) werden zum Schlusse dieser klassischen Arbeit über die verschiedenen beim epithelialen

Carcinom vorkommenden Formen und die Sporencysten alle diese eigentümlichen Gebilde besprochen, ihre Gestalt, ihre Neigung sich unter dem normalen Rete reihenweise anzuordnen u. s. w. Ihre Fähigkeit, Farbstoffe festzuhalten und die Gestaltsveränderungen, welche sie durch ihren Druck an den umgebenden Zellen hervorrufen, lassen es ihm wahrscheinlich erscheinen, daſs es sich hier um eine besondere Art von Krebszellen handelt, und mit KARG glaubt er, daſs die Pagetsche Krankheit nichts anderes als eine oberflächliche Carcinomform sei. Dagegen pflichtet er der WICKHAMschen Ansicht, daſs diese Zellen eben die Parasiten seien, nicht bei, sondern er hält sie vielmehr für Epithelzellen, welche eine besondere Modifikation erlitten haben.

BOECK (*Arch. f. Derm. u. Syph.*) erklärte die bei einem Falle von Darierscher Krankheit als Psorosperme beschriebenen Gebilde für nichts anderes als groſse Epidermiszellen. Diese Zellen enthielten Körner von Keratohyalin in ihrem Protoplasma, und BOECK kommt zu dem Resultate, daſs diese Zellen nichts aufwiesen, das in Zusammenhang stände mit der Organisation der bekannten Coccidienformen.

KRÖSING hat auch die Resultate, welche sich bei der Untersuchung eines Falles der Darierschen Krankheit ergaben, veröffentlicht (*Monatsh. f. prakt. Derm.*). Dieser Forscher hält die als Coccidien beschriebenen Gebilde für nichts anderes als das Produkt von gewissen Keratohyalin und Eleidin enthaltenden Körperchen nebst der Verhornung von Epithelzellen, und er ist auch der Meinung, daſs die fraglichen Gebilde nicht Coccidien sind, sondern die in einem bestimmten Stadium der Verhornung befindlichen Epidermiszellen.

GEORGE T. ELLIOT schlieſslich (*A Contribution to the history of one phase of Eczema seborrhoicum*) erwähnt die bei dieser Krankheit beobachteten Elemente ohne aber irgend eine Erklärung darüber abzugeben, was er eigentlich als parasitäre Elemente betrachtet. Er spricht von einigen groſsen Kernen in den Retezellen und schlieſst seine Abhandlung mit den Worten: ich bin nicht in der Lage die eigentliche Bedeutung dieser beiden Kernfiguren zu erklären, und habe sie bloſs ihrer ungewöhnlichen Beschaffenheit wegen erwähnt".

Nachdem ich somit auf die verschiedenen bisher erschienenen Arbeiten und auf die Ansichten der betreffenden Autoren hingewiesen habe, möchte ich auf einige Fälle aufmerksam machen, welche ich selbst zu beobachten Gelegenheit hatte. Dabei muſs ich eingestehen, daſs mir ein paar Fälle dieser Art begegnet waren, als ich mit der Psorospermose der Haut noch nicht recht vertraut war. Trotzdem will ich auch meinen allerersten Fall hier anführen, um meine damalige Auffassung erkennen zu lassen, denn ich bin der Meinung, daſs diese Beobachtung auch eine gewisse Nützlichkeit besitzen dürfte, indem wir daraus ersehen, wie leicht man bei Hautkrankheiten durch die äuſsere Beschaffenheit, sowie durch Voreingenommenheit irre geführt werden kann.

Fall 1. Vor drei Jahren konsultierte mich ein Herr, der, wie es schien, sich der allerbesten Gesundheit erfreute. Er klagte über einen an der Basis des Halses und auf der Dorsalgegend gelegenen Ausschlag. Derselbe bestand aus groſsen, rötlich braunen, harten Papeln und Pusteln von Halberbsengröſse, welche zum Teil mit trockenen, dünnen Krusten bedeckt waren. Wo der Ausschlag schon früher bestanden hatte, fanden sich verstreute Narben, und auf manchen alten Narben waren neue Pusteln aufgeschossen. Auf Grund des allgemeinen Aussehens des Ausschlages, sowie der eigentümlichen Färbung und der Neigung zur Entwickelung von Geschwüren und

des Vorhandenseins von Narben hielt ich den Fall für ein spätes, papulöses Syphilid, trotzdem der Kranke sich dagegen verwahrte, jemals, so viel er wisse, Syphilis gehabt zu haben. Ich verordnete die lokale Anwendung von Emplastrum hydrargyri und gab innerlich das Zittmannsche Dekokt. Darauf sah ich den Kranken längere Zeit nicht wieder. Als er wiederkam, erfuhr ich, daſs diese Behandlung kein befriedigendes Ergebnis gehabt hatte. Der Ausschlag hatte sich in Gestalt der gleichen, groſsen, harten Papeln und Pusteln fast bis an die Lendengegend weiter ausgebreitet, und die Stellen, wo die Läsionen lokalisiert gewesen waren, konnte man an den zurückbleibenden, weiſslichen, oberflächlichen Narben erkennen. Da ich nunmehr von der Psorospermosis cutanea Kenntnis erhalten hatte, folgerte ich, durch das Fehlschlagen der antisyphilitischen Behandlung belehrt, daſs es sich hier um einen Fall von Psorospermose in Gestalt von Keratosis follicularis handelte. Daraufhin verschrieb ich Unguentum diachyli mit Ichthyol (1 : 8). Gesehen habe ich den Patienten seitdem allerdings nicht wieder, doch gab er mir schriftlich Nachricht, daſs der Ausschlag sich schön gebessert habe.

Diesen ersten Fall habe ich nun auch ohne mikroskopische Untersuchung und ohne genauere Angaben zur weiteren Begutachtung hier mitverzeichnet.

Fall 2. Ch. F., ein sehr intelligenter Herr, der in seinem ganzen Leben niemals krank gewesen war, und sich sonst der besten Gesundheit erfreute, konsultierte mich wegen Geschwüre an seinem rechten Unterschenkel. Er hatte dieses Leiden schon einige Zeit gehabt und war von anderen Ärzten mit der Diagnose Ulcus cruris a varicibus behandelt worden. Auf dem unteren Drittel des rechten Unterschenkels fanden sich viele runde Narben von auffallender Beschaffenheit und Gröſse. Einige waren so groſs wie ein viertel Dollar, andere wie ein Goldstück, andere nur stecknadelkopfgroſs; sie drangen auch tief in die Haut ein und hatten facettierte Flächen wie ein Brillant. Bei sorgfältiger Untersuchung des Beines ergab es sich, daſs Varicen garnicht vorhanden waren. Die Haut war nicht durch Blutstase infiltriert, sondern es fanden sich die Symptome einer echten Dermatitis. Zwei groſse Geschwüre, das eine so groſs wie ein viertel, das andere wie ein halber Dollar, waren auf der entzündeten Hautfläche lokalisiert. Die Rötung war nicht intensiv lebhaft, sondern mehr von kupferiger Farbe. Die Geschwüre zeigten Neigung, in rundlicher Form, ungefähr hufeisen- oder nierenförmig sich weiter auszudehnen. Das Gewebe der Ulcerationen selbst war auf der Fläche etwas erhaben, schlaff und granuliert und blutete leicht auf Berührung. Mein erster Eindruck war, daſs ich es mit einer ungewöhnlichen Form von syphilitischen Geschwüren zu thun habe; ich verschrieb demgemäſs Emplastrum hydrargyri als Lokalapplikation und Jodkalium innerlich, und bat den Patienten nach einiger Zeit sich wieder vorzustellen. Der Herr, der, wie gesagt, sehr intelligent und mit mir gut befreundet ist, fragte mich nach meiner Ansicht über die Ursache der Geschwüre. Ich stand nicht an, ihm offen meine Meinung, daſs sie syphilitischen Ursprunges seien, mitzuteilen, worauf er mir versicherte, er habe in seinem ganzen Leben niemals an Syphilis gelitten, und da er Glauben und Zutrauen verdiente, blieb mir die Sache zweifelhaft. Ich bat ihn jedenfalls meine Vorschriften zu befolgen, um zu erproben, ob wir durch das Merkmal ex juvantibus et laedentibus irgend welche Aufklärung gewinnen könnten. Die Behandlung wurde vierzehn Tage und länger fortgesetzt, ohne irgend einen Vorteil zu gewähren. Die Geschwüre sahen mehr gereizt aus, und die begleitende Dermatitis war viel intensiver, so daſs ich mich gezwungen sah die Behandlung auszusetzen.

Darauf untersuchte ich nochmals genauer die Oberfläche der Geschwüre, denn ich hatte mich überzeugt, daſs eine allgemeine Dyskrasie hier nicht vorlag. Zwischen

den schlaffen Granulationen entdeckte ich nun kleine, rundliche, weifse Körnchen von Stecknadelspitzengröfse, welche in rundlichen Einziehungen in den Granulationen eingeschlossen und auch an den Rändern der Geschwüre safsen.

Die Ränder der Einsenkungen, worin diese rundlichen Körperchen eingeschlossen waren, boten eine intensivere Rötung dar, die von der sonstigen bräunlich-roten Farbe der Granulationen sich deutlich abhob. Ich kratzte etwas von den Granulationen ab, färbte schnell mit Methylenblau und bettete mit Glycerin ein. Das Präparat zeigte grofse, ovale Zellen — das von Leuckart beschriebene Coccidium oviforme. Jetzt war gar kein Zweifel mehr, dafs die Affektion auf dem Vorhandensein von Psorospermen beruhte. Auf der entzündeten Oberfläche, im Gebiete der Dermatitis fanden sich ferner kleine Erhebungen, wie Pusteln, die mit einer weifslichen Epidermis bedeckt waren und wie Stecknadelköpfchen aussahen. Die Epidermis liefs sich leicht ablösen, und der Inhalt der Pusteln wurde mit einem kleinen scharfen Löffel aus den kleinen Löchern herausgehoben und in der eben beschriebenen Weise präpariert. Hierbei wurden auch Coccidien gefunden. Jodoform, Methylenblau, Sublimat erwiesen sich alle als wirkungslos. Mit Ichthyol dagegen gelang es wenigstens das Fortschreiten der Krankheit zu verhindern, und auf die Anwendung der Solutio Vlemingkx erfolgte eine vollständige Heilung.

Fall 3. Herr L. B. Perin aus Cincinnati hatte am rechten Beine einen Ausschlag, der in Gestalt von verschieden grofsen Pusteln nebst einer begleitenden Dermatitis der umgebenden Haut sich vom Knie bis zum Fufsgelenk erstreckte. Die Gröfse der Pusteln schwankte zwischen Stecknadelkopf- bis zu Erbsengröfse und darüber. Jede Pustel trägt in der Mitte ein Haar, welches von einer deutlichen Einsenkung umgeben ist. Im Anfang ist die Pustel klein und zeigt in der Mitte eine Art perlweifse Farbe, welche auf der Anhäufung von Epidermiszellen beruht. Aus dem Innern der Pustel lassen sich eine Art von rundlichen, weifsen Kernen ausheben. Im weiteren Verlaufe nimmt die Entzündung zu, die Pustel gewinnt an Gröfse, und das Zentrum verwandelt sich in eine Art von Geschwür, wobei jene kleinen, weifslichen Körperchen in das Gewebe eingeschlossen werden. Nach kürzerer oder längerer Zeit heilt das Geschwür und hinterläfst eine Narbe mit mehreren rundlichen Einziehungen.

Nach meinen, an den vorherigen Fällen gewonnenen Erfahrungen zögerte ich nicht, den Fall als eine Psorospermose und, genauer gesagt, Keratosis follicularis zu diagnosticieren. Mit dem scharfen Löffel kratzte ich den Inhalt einiger Pusteln aus und fertigte damit Präparate wie die vorigen an, wobei ich nur eine schwache Methylviolettlösung anwandte, dann mit Wasser abwusch und in Glycerin einlegte. Das Präparat liefs ohne weiteres eine grofse Menge jener rundlichen Körperchen erkennen, welche dem Tierkörper als solchem nicht angehören, sondern zweifelsohne besondere und eigentümlich organisierte Wesen von der Klasse der Parasiten darstellen.

Die Anwesenheit dieser eigentümlichen Gebilde bestätigte meine Vermutung, dafs ich es hier mit einem Fall von Psorospermose zu thun hatte, der in einigen Punkten von den ersten verschieden war. Mit einem 10%igen Ichthyolliniment wurde eine vollständige Heilung erzielt.

Fall 4. Fräulein S., Covington, Kentucky, hat seit 16 Monaten an einem Ausschlage auf dem Hinterkopfe zwischen der Regio cervicalis und occipitalis gelitten. Die Affektion besteht aus roten Flatschen von der Gröfse eines Dime bis zu derjenigen eines Dollars, verbunden mit Infiltration der Epidermis, die mit weifslichen, trockenen Schuppen bedeckt war; stellenweise war dieselbe exkoriiert und mit dünnen, trockenen Krusten bedeckt, und die Kranke hatte durch das fortwährende Jucken viel zu leiden. Aufserdem besteht seit acht Monaten ein klein papulöser Ausschlag an der Haargrenze

auf der Stirn und den Schläfen und an den Augenlidern. Die Papeln sind leicht gerötet, zugespitzt, von Stecknadelkopfgröfse und darüber und liegen an den genannten Stellen zwischen den Haaren eingeklemmt. Die Epidermis ist rauh und fühlt sich an wie eine Küchenreibe. An einigen Stellen sind die Spitzen exkoriiert und mit kleinen, bräunlichen Krusten bedeckt. Die Haare sind stark gelichtet, und wo die Papeln dichter zusammengedrängt sind, ist die Kopfhaut fast kahl. Zu Zeiten hat sich der Ausschlag von der Occipitalgegend bis auf den Nacken, soweit derselbe mit Haaren bedeckt ist, ausgedehnt. Derselbe Ausschlag ist auch an den Augenbrauen lokalisiert, und es sind die Haare hier ebenfalls ausgefallen. Überall wo diese Papeln gesessen haben, ist eine kleine Narbe zurückgeblieben, welche ich für ein spezifisches Zeichen der durch Psorosperme erzeugten Krankheiten erachten möchte. Die Flatschen am Hinterkopfe und auf dem Nacken waren nichts anderes als seborrhoisches Ekzem, und der Ausschlag auf der Stirn und an den Augenbrauen war Keratosis follicularis. Es entsteht nun die Frage, ob das Eccema seborrhoicum Unnae irgendwie mit Psorospermose in Beziehung stehe. Die Antwort hierauf werden wir später finden.

Die Dame wurde mit einer starken 10%igen Lösung von Ichthyol behandelt, und es erfolgte eine auffallende Besserung. Der Ausschlag war unter Hinterlassung nur kleiner Narben fast gänzlich verschwunden, aber es stellten sich Recidive ein, welche dann mit Resorcin behandelt wurden; den wirksamsten Effekt hatten wir aber doch mit Ichthyol erzielt.

Fall 5. Frau S., Covington, Ky., eine ältere, etwa 50jährige Dame, hatte sich stets einer guten Gesundheit erfreut und hatte nur aufserordentlich wenige und geringfügige Krankheiten durchgemacht. Seit zwei Jahren besteht bei ihr an der Nasenwurzel und bis zum Innenwinkel des rechten Auges sich erstreckend eine harte, infiltrierte Plaque von Vierteldollargröfse. Am Auge ist es bereits zur Narbenbildung gekommen, wodurch ein geringer Grad von Ectropium am unteren Augenlid herbeigeführt worden ist. Ein zweiter ebensolcher Fleck bedeckt die Spitze der Nase von der Mitte derselben bis zu den Nasenlöchern. Diese Plaques bestehen aus hartem, festem Gewebe, das dem Drucke des Fingers einigen Widerstand entgegensetzt, unelastisch ist und unter dem scharfen Löffel wie Talg zerbröckelt. Der eigentliche Krankheitsherd zeigt sich in frischeren Stellen inmitten des harten Gewebes, wo sich eine Vertiefung erkennen läfst. Auf der Mitte der Nase zeigt die Haut Narben, und die Ränder der Plaques liegen etwas tiefer als die normale Haut, und sind an einigen Stellen mit leichten, trockenen Borken bedeckt. Meine erste Diagnose lautete auf Epitheliom. Ich gebrauchte den scharfen Löffel und applicierte Ichthyol mit Unguentum diachyli (1 : 8). Die Behandlung lieferte ein vorzügliches Resultat, und die Patientin war beinahe geheilt, als sie an Heufieber erkrankte und genötigt war nach einem milderen Klima abzureisen.

Mehrere Monate später kam sie in schlimmerer Verfassung wieder. Die Ränder hatten sich weiter ausgebreitet, und neue kleine Stellen waren am rechten Augenwinkel hervorgetreten. Als ich sie wieder sah, bemerkte ich, dafs, obgleich es sich hier zweifelsohne um Epitheliom handelte, das Aussehen der Affektion doch einige Ähnlichkeit mit meinen Psorospermfällen aufwies. Ich schabte einen Teil des neoplastischen Gewebes ab und fertigte in der oben beschriebenen Weise einige Präparate an. Es fanden sich grofse Anhäufungen von Psorospermen, und somit konnte es nicht länger bezweifelt werden, dafs die Krankheit durch eben diese Parasiten verursacht worden war. Die Dame befindet sich jetzt noch in meiner Behandlung und macht unter der äufserlichen Anwendung von Ichthyol ausgezeichnete Fortschritte.

Fall 6. Frau M. A. Settle, Madisonville, Ohio, 68 Jahre alt; seit 15 Jahren

hat sie einen Ausschlag im Gesicht, der niemals heilen wollte. Zeitweilig ist derselbe besser, zeitweilig wieder schlimmer. Gegenwärtig hat die Affektion die Form von rötlich kupferfarbenen Flecken, von denen der eine fast die ganze Stirn bedeckt und bis zur Glabella reicht, während ein zweiter auf der Nase und wieder andere auf den Wangen lokalisiert sind. Auf den erkrankten Gebieten erscheint die Epidermis trocken und schuppig, die Ränder sind exkoriiert und mit dünnen Krusten besetzt, die Talgdrüsen sind vergröſsert und gerötet und zeichnen sich infolgedessen von der blassen Rötung der Plaques deutlich ab. An der Stelle auf der Stirn befand sich ein vierteldollargrofses Gewächs von warziger Beschaffenheit. Dasselbe bestand aus speckigem Gewebe, welches alle Ähnlichkeit mit einem Epitheliom aufwies. Der über das Gesicht verteilte Ausschlag war als Lupus erythematodes zu deuten, und das sich darauf entwickelnde Neoplasma war ein Epitheliom. Letzteres wurde mühelos bis in die Tiefe und bis zur Erreichung normalen Gewebes abgetragen. Der Detritus wurde mit einer schwachen Ammoniaklösung behandelt, dann mit Methylenblau gefärbt, gewaschen und getrocknet und in (Kanada-) Balsam eingelegt. Unterm Mikroskop waren Psorosperme zwischen den Gewebsmaschen nachzuweisen. Desgleichen wurden einige Lupusstellen so tief wie möglich abgekratzt, und das Geschabsel in gleicher Weise behandelt. Dasselbe ergab ebenfalls reichliche Mengen von Psorospermen.

Vor einigen Jahren hatte ich bereits auf einige beim Lupus erythematodes vorkommende parasitäre Elemente hingewiesen, ohne aber nachweisen zu können, welcher Art dieselben eigentlich waren. Damals hatte ich Schnitte durch die erkrankte Haut angefertigt. Nunmehr kratzte ich die Plaques ab, und auf diese Weise gelang es mir die grofsen Zellen zu finden, welche als die Ursache der Psorospermosis cutanea gelten.

Ich bezweifle gar nicht, dafs man dies für eine gewagte und wahrscheinlich vorzeitige Behauptung erklären wird; aber wenn ich bei fünf Fällen von Lupus erythematodes jedesmal die gleichen charakteristischen Eigenschaften finde, so erscheint es mir doch gerechtfertigt, dieses Leiden auch zu der Gruppe der Psorospermosen zu zählen und eine Erklärung des bis jetzt noch dunklen Wesens dieser eigentümlichen Krankheit zu versuchen. Es wäre ebenso langweilig wie überflüssig irgend welche eingehenderen Angaben über die von mir untersuchten Fälle von Lupus erythematosus zu machen; es handelte sich um Fälle von mehrjähriger Dauer, bei denen ein Zweifel über die Thatsächlichkeit des Leidens gar nicht aufkommen konnte. Und ich glaube gewifs, nachdem ich diese eigentümlichen Körperchen gefunden, die ich für parasitäre Elemente halte, dafs dadurch das Wesen dieses rätselhaften Leidens klarer geworden ist, und dafs man jetzt dessen eigentümliche Eigenschaften erklären kann.

Was die Behandlung betrifft, so habe ich gleich zuerst auf den günstigen Einflufs des Ichthyols beim Lupus erythematosus hingewiesen. und alle diese Fälle wurden durch die Anwendung dieses Medikamentes gebessert.

Unterm Mikroskop erkennt man leicht diese eigentümlichen Gebilde, über welche noch gestritten wird, ob sie Parasiten oder degenerierte Zellen seien. Sie haben eine ovale Gestalt, sind in den jüngeren Stadien

mit Flüssigkeit angefüllt und bieten ein homogenes Aussehen dar; sie haben eine grofse Resorptionsfähigkeit für Anilinfarben, und ihr Kern, welcher weifs bleibt, ist von einer Art von dicker Membran umgeben. Bei frischen Präparaten, deren Lebensfähigkeit noch nicht durch irgend welche giftige Substanzen beeinträchtigt worden ist, sieht man ein lebhaftes Fortbewegen von Ort zu Ort, sowie mannigfache, die Gestalt verändernde, amöboide Bewegungen. Während solche Bewegungen vor sich gehen, wird eine Art Flüssigkeit aus dem Zellkörper ausgeschieden und bleibt als ein hyaliner Hof in dessen Umgebung, wodurch das Aussehen einer grofsen Zelle hervorgerufen wird. Wenn die Zellen älter werden, ist ihr Inhalt nicht mehr so homogen, sondern sie enthalten auch Kerne in gröfserer Menge, welche bei manchen Präparaten auch um andere Zellen umher verstreut vorkommen. Zuweilen kann man diese Kerne eine Art Hervorragung aus der Mutterzelle bilden sehen. Wenn die Präparate nicht mit der Ammoniaklösung behandelt wurden, war eine kolossale Menge von grofsen Epidermiszellen in der Umgebung der grofsen Zellen zu erkennen. In der Nähe dieser Zellen erscheinen die Haare atrophiert, ihre Wurzel ist dünn, trocken und torquiert und erinnert etwas dem Aussehen nach an die Beschaffenheit der Haare bei Alopecia areata. Der Zentralkanal ist beinahe verschwunden, die das Haarrohr bildenden Zellen sind gelockert, die Haare brechen leicht und haben ihren Glanz eingebüfst.

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dafs diese Körperchen etwas dem Tierkörper Fremdes darstellen, das wir unter normalen Bedingungen nicht vorfinden. Ferner finden wir sie nur bei einer bestimmten Gruppe von Krankheiten und keineswegs bei einem jeden krankhaften Zustande. Ich habe viele Fälle von Epitheliom untersucht, welche ich als echte Epitheliome bezeichnen darf, sowie auch die Granulationen bei Ulcus cruris, bei skrophulösen Geschwüren und die exkoriierten Flächen bei Ekzemfällen, und bei allen diesen Affektionen gelang es mir niemals, diese Körperchen zu finden, welche ich bei den oben beschriebenen Fällen entdeckte.

Ich glaube nicht, dafs diese Körperchen, wie von einigen Forschern behauptet wird, epidermoide Zellen sein können, denn solche würden durch den Ammoniak aufgelöst werden. Auch können sie nicht degenerierte Zellen sein, denn in diesem Falle würde die von mir konstatierte Bewegungsfähigkeit fehlen. Vielmehr besitzen sie die Fähigkeit sich fortzubewegen, sie zeigen ferner amöboide Bewegungen, sie secernieren eine eigene Art von Flüssigkeit und haben die Fähigkeit, sich zu vermehren; aus allen diesen Gründen schliefse ich mich der Darierschen Ansicht an und halte diese eigentümlichen Körperchen für nichts anderes, als parasitäre Elemente, welche die eigentliche Ursache der betreffenden Erkrankungen darstellen.

Rendu vertritt die Ansicht, daſs zur Lösung dieser Frage von der Verwandtschaft der Krankheiten die pathologisch-anatomischen und die klinischen Merkmale nicht ausreichen, daſs vielmehr die wichtigste Grundlage auf dem Standpunkte der Ätiologie zu suchen sei. Dies ist nun thatsächlich der schwächste Punkt bei der dermatologischen Wissenschaft und ist des eingehendsten Studiums wert.

Wenn es wahr ist, daſs sich die Verwandtschaft der Krankheiten nach den ätiologischen Momenten richtet, so besteht hier eine Gruppe von Krankheiten, welche, mit einer oberflächlichen Affektion der Epidermis, Eccema seborrhoicum, beginnend, zu einer Art von papulösen und pustulösen Erhebungen in Gestalt von Psorospermosis follicularis übergeht, als Lupus erythematodes in gleichem Maſse das Derma mit kleinen Einsenkungen betrifft und schlieſslich eine bestimmte Art von oberflächlichem Epitheliom umfaſst, denn alle diese Affektionen zeigen mit gröſster Regelmäſsigkeit die nämlichen Körperchen in der nämlichen Gestalt. Ich sehe keinen Grund, die Verwandtschaft dieser Krankheiten zu leugnen.

Die klinischen Erscheinungen bieten auch viele Berührungspunkte untereinander dar. Der chronische Verlauf, die Intraktibilität den therapeutischen Maſsnahmen gegenüber, die eigentümliche Rauhigkeit der Epidermis, die Einziehung im Zentrum, die Vergröſserung und Rötung der Talgdrüsen, der eigentümliche Juckreiz, die Neigung zur Entwickelung einer Art von Dermatitis, die charakteristische Eigentümlichkeit des Übergreifens auf die Haare, die resultierenden, spezifisch aussehenden, oberflächlichen Narben — alle diese Eigenschaften tragen dazu bei, eine Verwandtschaft zwischen diesen Affektionen statuieren zu lassen. Auch die pathologisch-anatomischen Erscheinungen weisen einige Analogien untereinander auf. Das Wuchern der Epidermiszellen, die Hypertrophie des kutanen Stromas, die Vergröſserung der Blutgefäſse, das Auftreten von Entzündungszellen zwischen den Geweben, und was die interessanteste Erscheinung ist, das Vorhandensein von Coccidien sind in dieser Beziehung bemerkenswerte Eigentümlichkeiten.

Die Dermatitis bildet ein besonderes Symptom des Lupus erythematodes und ist von Kaposi unter dem Namen Erysipelas perstans beschrieben worden. Ein Pendant dazu bildet die Dermatitis, welche wir bei der Keratosis follicularis beobachten. Diese Dermatitis möchte ich auf die Einwirkung des von den Coccidien secernierten Toxalbumins zurückführen. Epitheliome sieht man häufig von einer Lupus erythematodes-Plaque entspringen, und bei zweien solchen Fällen habe ich wiederholt das Vorhandensein von Coccidien nachweisen können.

Wenn wir genau dieselbe Art von Parasiten bei allen diesen Krankheitsformen finden, so haben wir volles Recht zu der Behauptung, daſs

diese Affektionen alle eine gemeinsame ätiologische Basis besitzen, und somit bilden sie eine zusammenhängende Gruppe von verschiedenen Krankheitsformen, die aber alle von der gleichen Ursache hervorgerufen sind und somit eine einzige Einheit repräsentieren.

Und schliefslich, wenn wir konstatieren können, dafs ein und dasselbe Medikament bei einer jeden dieser Krankheitsformen heilend wirkt, dann gehen wir jedenfalls nicht sehr weit irre, wenn wir sie alle in dieselbe Klasse verweisen. Die Abweichung betreffs der Form richtet sich nach den verschiedenen Organen der Haut, welche gerade betroffen sind; wenn die Coccidien die Epidermis und die Talgdrüsen ergreifen, so entsteht die als Eccema seborrhoicum bekannte Form der chronischen Entzündung dieser Teile; sind dagegen die Parasiten bis in die Haarfollikel eingedrungen, so haben wir es mit der als Keratosis follicularis seu pilaris bekannten Form von Folliculitis zu thun; beim Eindringen ferner zwischen die Gewebsmaschen der tiefen Epidermisschichten und zwischen die Papillarschichte bewirken sie das sehr oberflächliche Neoplasma, welches wir unter der Bezeichnung Lupus erythematodes kennen. Und wenn die Coccidien schliefslich tief ins Corium eindringen und ein abnormes Wachsen der Epithelzellen in ihrer Umgebung verursachen, so entwickelt sich ein unter dem Namen Epitheliom bekanntes Gewächs, das aber mit dem echten Epitheliom nicht verwechselt werden darf.

Ohne Zweifel wirkt das Coccidium auf zwiefache Weise auf die Gewebe ein, welche es zu seinem Aufenthaltsort erwählt, einmal durch den direkt von ihm ausgeübten Druck und zweitens durch die zur Entzündung führende Vergiftung mit seinem Toxalbumin.

Einen Beweis für den auf die Gewebe ausgeübten Druck finden wir fast in einem jeden Falle an der Narbenbildung und der Resorption des Pigments, denn diese Narben besitzen einige besondere Eigenschaften, welche direkt an das Vorhandensein von Coccidien erinnern. Der Druck des Coccidium auf einen Haarfollikel bewirkt eine Atrophie des betreffenden Haares, welches dann ausfällt; unterm Mikroskop sehen wir, dafs die Wurzel gedreht ist, dafs vom Markkanal kaum eine Spur übrig geblieben ist, und dafs die den Haarkörper bildenden Zellen verschoben und schuppig sind. L. Brocq[3] hat bereits diese atrophische Beschaffenheit der Haare, wie man sie im Zentrum der Papeln bei Keratosis pilaris findet, beschrieben.

Was die Prognose bei diesen Erkrankungen betrifft, so kann ich nicht anders aussagen, als dafs sie meiner Erfahrung nach sehr hartnäckig und sehr zu Recidiven geneigt sind, aber bei allen meinen Fällen erzielte ich doch schliefslich Heilung. Am schwersten zu behandeln habe ich die

[3] Bemerkungen zur Alopecie der Keratosis pilaris. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVI. No. 2.

Psorospermosis follicularis gefunden, da bei dieser Form der Parasit in den Haarfollikeln versteckt und somit geschützt ist und nur mit Schwierigkeit sich von den angewandten Medikamenten erreichen läfst. Bei dem durch Psorosperme bedingten Epitheliom ist es mir niemals besonders schwierig gewesen eine vollständige Heilung zu erzielen, wohingegen es schwerer fällt ein echtes Epitheliom zu beseitigen.

Ein paar Worte möchte ich noch über die Therapie hinzufügen. Wie bereits erwähnt wurde, haben das Emplastrum hydrargyri, Methylenblau und Methylenviolett, sowie Jodoform keine günstigen Resultate ergeben. Das Mittel, welches thatsächlich dem Fortschreiten der Krankheit einen Halt entgegensetzte, war Ichthyol. Ich habe das reine Ichthyol für sich allein in der Weise angewandt, dafs ich dasselbe auf die Geschwüre und die erkrankten Flächen mit einem Pinsel auftrug, einige Stunden liegen liefs und dann mit Wasser abwusch. Zuweilen habe ich auch das Ichthyol mit Collodium gelöst gebraucht, nach folgender Vorschrift:

℞ *Ichthyol* 12,0
Spirit. aether.
Collodii āā 44,0
S. Ein- bis zweimal täglich aufzupinseln.

Ferner kam das Ichthyol als Liniment in Anwendung um die erkrankten Teile, namentlich wenn sie von grofser Ausdehnung waren, wie bei der Psorospermosis follicularis, oder wenn es sich um behaarte Flächen handelte, zu waschen oder einzupinseln. Bei solchen Fällen mischte ich das Mittel gewöhnlich in folgender Weise:

℞ *Ichthyol* 10,0
Ol. amygdalar.
Aq. calcis āā 5,0
Aq. rosar.
Glycerin. āā 40,5
Mf. Linim.

Für Geschwürsflächen zog ich eine Mischung mit Unguentum diachyli Hebrae vor.

℞ *Ichthyol* 4,0
Ungt. diachyl. 26,0
Auf Leinen aufgestrichen anzuwenden.

Bei manchen Fällen, bei denen die Parasiten in der Tiefe sitzen, hat sich das Ätzen mit einer gesättigten Lösung von Kalium causticum als sehr wirksam erwiesen. Man tränkt einen kleinen Bausch Verbandwatte mit der Kaliumlösung, betupft damit die betreffende Fläche und wäscht dieselbe dann wieder ab. Das Ätzkalium löst die Epidermiszellen, welche die Coccidien umgeben und gleichsam schützen, und letztere sind dann der Einwirkung der Medikamente besser zugänglich. Auch bei diffusem Epitheliom der Nase, welches ebenfalls eine Form von Pagetscher Krank-

heit darstellt, haben diese Ätzungen mir gute Dienste geleistet. Nachher wurde die Oberfläche eine Zeitlang mit einem Ichthyol- und Diachylonpflaster bedeckt. Bei zwei Fällen gab ferner die Anwendung von Schwefel in Gestalt der Solutio Vlemingkx ein günstiges Resultat.

Zum Schlufs mufs ich nochmals hervorheben, dafs alle diese Formen von Hautkrankheiten nachgewiesenermafsen durch einen und denselben Parasiten verursacht wurden, dafs sie sowohl in ihren klinischen Erscheinungen als auch in den pathologisch-anatomischen Veränderungen manche Berührungspunkte aufweisen, und dafs ein und dasselbe Medikament bei allen einen heilenden Einflufs ausübte. Und deshalb behaupte ich, dafs wir berechtigt sind, das Eccema seborrhoicum, die Psorospermosis follicularis, Psorospermosis ulcerosa, sowie Lupus erythematodes und das Epithelioma a Psorospermi in einer und derselben Gruppe von Hautkrankheiten zusammenzufassen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nicheim.)

Aus der Praxis.

Zur Therapie der Neurosyphilide.

Von

Dr. LEO LEISTIKOW-Hamburg.

Wir fassen unter dem Namen „Neurosyphilide" eine Reihe von Syphiliden zusammen, die bisher als Roseola tardiva, Roseola circinata, Leukoderma, Pigmentsyphilis in verschiedenen Kapiteln der Syphilis abgehandelt wurden. Von den eigentlichen Syphiliden unterscheiden sich die Neurosyphilide sämtlich durch ihre mit den cirkulatorischen Flächenelementen der Haut, resp. dem kollateralen Netz übereinstimmenden Formen, durch den Mangel des gewöhnlichen Infiltrates, durch ihre Stabilität, Chronicität und mangelnde Reaktion auf die gewöhnlichen antiluetischen Kuren. Wir können hier nicht des näheren darauf eingehen, wie es möglich ist, dafs hier Flecken, Ringe, gyrierte und pigmentierte Formen entstehen und verweisen auf die diesbezügliche Schrift von UNNA.[1]

Es gelangten in den letzten Jahren, abgesehen von der gewöhnlichen Pigmentsyphilis des Halses, im ganzen vier Fälle von echten Neuro-

---

[1] UNNA, Neurosyphilide und Neurolepride. *Ergänzungsh. d. Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889.

syphiliden in unserer Privatpraxis zur Behandlung, welche sämtlich therapeutisch günstige Resultate lieferten.

Fall 1. Herr A. M., 49 Jahre alt. Initialsklerose vor fünf Jahren; hat vier Schmierkuren durchgemacht und blieb seit zwei Jahren frei von Recidiven. Zur Zeit leidet Patient an einem seit sechs Wochen bestehenden Neurosyphilid, welches sich, umschrieben auftretend, in symmetrischer Anordnung in Flecken und Ringen über die beiden Regiones scapulares und deren nächste Umgebung ausbreitet. Eine neuerdings eingeleitete Schmierkur, sowie die innerliche Darreichung von Jodkalium ist von keinem Erfolg begleitet. Auch die lokale Behandlung der Plaques, Bedecken derselben mit Hg-Pflastermull und Ätzungen mit 5%igem $HgCl_2$-Spiritus, hat keinen Einfluſs. Infolge dieser absoluten Wirkungslosigkeit der spezifischen Therapie griffen wir zu den reducierenden Mitteln. Wir belegten einige der Plaques mit Pyrogallol-, andere mit Chrysarobin-Pflastermull. Schon nach wenigen Tagen tritt Abblassung und Verkleinerung der befallenen Partien ein. Starke Reizerscheinungen zwingen uns, die Pflastermullbehandlung zeitweilig auszusetzen und zur Abheilung derselben den Zinkleim zu applicieren. Nach etwa vierwöchentlicher Behandlung Restitutio ad integrum. Patient befindet sich seit einem Jahre nach der Behandlung in Beobachtung und ist bis heute rezidivfrei.

Fall 2. Frau W. J., 30 Jahre alt, leidet an der pigmentierten Form des Neurosyphilids, welches in einzelnen fünfpfennig- bis markstückgroſsen Flecken die Haut des ganzen Halses einnimmt. Auſser einigen Lymphdrüsenschwellungen sind sonst keine Zeichen von konstitutioneller Syphilis vorhanden. Die luetische Infektion besteht angeblich seit drei Jahren. Die in Fall 1 gewonnenen Erfahrungen bewegen uns, von antiluetischen Kuren abzusehen und gleich zu der Anwendung reducierender Mittel zu schreiten. Dem mehr allgemeinen Auftreten entsprechend wenden wir die Salbenform an. Es wird 5%iges Chrysarobinvaselin appliciert, und schon nach achttägiger Anwendung haben die Pigmentflecken eine mehr weiſsliche Färbung angenommen, während die gesunde Haut stark gerötet erscheint. Nun wird zur Abblassung der Haut vier Tage Zinksalbe eingerieben; hierauf nochmalige achttägige Anwendung der Chrysarobinsalbe, und damit erzielen wir dauernde Heilung.

Fall 3. K. M., weiblichen Geschlechts, 40 Jahre alt, will vor zehn Jahren Lues acquiriert und in den ersten beiden Jahren des Erkranktseins mehrere Injektionskuren durchgemacht haben. Es besteht zur Zeit unserer Untersuchung ein gyriertes typisches Neurosyphilid, welches die Mitte des linken Oberarmes in der gröſsten Ausdehnung einnimmt. Wir bepinseln zweimal täglich die Plaque mit 20%igem Pyrogallolspiritus, dem eine Kleinigkeit Äther zugesetzt ist, und erzielen nach dreiwöchentlicher Behandlung völlige Heilung.

Fall 4. J. R., weiblichen Geschlechts, 24 Jahre alt, tritt in Behandlung mit frischer Sklerose der Unterlippe. Nach Eintritt der Roseola wird eine rationelle Schmierkur eingeleitet. Gegen das Ende derselben werden wir durch ein doppelseitiges Pigmentneurosyphilid der Regio supraclavicularis überrascht, das nach der medialen Regio sternalis ausstrahlt. Einreibung der befallenen Partien mit 10%iger Pyrogallolsalbe bewirkt nach vierzehntägiger Anwendung Verschwinden der Flecken.

Aus allen vier Fällen erhellt zunächst die völlige Wirkungslosigkeit der antiluetischen Heilmethode, andererseits aber die prompte Wirksamkeit der Hauptrepräsentanten der reducierenden Mittel, des Chrysarobins, wie des Pyrogallols. Beide Medikamente scheinen sich in ihrer Wirkung gleich. Wir glauben, bei cirkumskriptem Auftreten der Neurosyphilide das Chrysarobin in Pflastermullform, oder das Pyrogallol in spirituösätherischer 20%iger Lösung, bei allgemeiner Ausbreitung des Chrysarobins in 5%iger, das Pyrogallol in 10%iger Salbenform dringend empfehlen zu können.

Versammlungen.

61. Versammlung der British Medical Association zu New Castle-On-Tyne am 1.—4. August 1893.

Dermatologische Sektion.

Vorsitzender: Prof. W. Allan Jamieson.

Herr Byrom Bramwell-Edinburgh spricht: **Über die Behandlung der Psoriasis mit internen Gaben von Schilddrüsenextrakt.**

Die wiederholt gemachte Wahrnehmung, daſs unter dem Gebrauche von Schilddrüsennahrung bei Myxödem und sporadischem Kretinismus eine profuse Desquamation der Haut, namentlich der Handteller und Fuſssohlen entstand, veranlaſste Redner, die nutritive Wirkung des Mittels auch bei Hautkrankheiten, insbesondere bei Psoriasis, zu studieren.

Redner teilt ausführlich die Krankengeschichte dreier Psoriasisfälle mit, die mit Schilddrüsenextrakt behandelt und mit einem sehr guten Resultate nach wenigen Wochen aus der Behandlung entlassen worden sind. Wenn auch zugegeben werden muſs, daſs in einigen anderen Fällen das Mittel im Stiche lieſs, so sollten doch die erwähnten guten Resultate zu weiteren Versuchen, namentlich auch bei der Dermatitis exfoliativa, aufmuntern.

Diskussion.

Dr. Radcliffe Crocker teilt seine Erfahrungen mit, die er an 8—900 innerhalb von zehn Jahren beobachteten Psoriasiskranken gemacht hat. Redner giebt interessante statistische Daten, welche das Alter, das Geschlecht und den sonstigen Gesundheitszustand der Patienten betreffen. Hebras Satz, daſs „die Psoriasis eine Krankheit der Gesundheit wäre“, könne er nicht acceptieren, da er vielfach neben der Hautkrankheit, namentlich in den schwereren Fällen, Gicht, Dyspepsie und Ver-

stopfung, nervöse Störungen, Alkoholismus, Nierenaffektionen, Herzkrankheiten etc. beobachtet habe. — Redner bespricht die verschiedenen Theorien bezüglich der Natur der Psoriasis. Die Ansicht, dafs die Psoriasis auf eine Infektion zurückzuführen sei, könne er auf Grund seiner Erfahrungen und mikroskopischen Untersuchungen nicht teilen. Wohl werde die Theorie von der mikroparasitären Natur der Psoriasis durch folgende Thatsachen gestützt: 1. die Krankheit befällt junge, oft gesunde Personen; 2. das Inflammationsstadium ist gewöhnlich sehr schwach ausgeprägt; die Läsionen breiten sich peripher aus, um cirkuläre und gewundene Flecken zu bilden; 3. alle mit Nutzen angewandten Medikamente sind vegetabilische Antiparasitica; 4. die gelegentlich nachgewiesene Überimpfbarkeit. — Diesen Thatsachen stehen folgende gegenüber: 1. die Krankheit befällt vielfach symmetrisch beide Körperseiten; 2. neigt bei hierzu disponierten Personen unter gewissen ungünstigen, schwächenden Einflüssen zu Recidiven und 3. bessert sich auffallend schnell bei Beseitigung dieser Einflüsse; 4. die Zahl der Überimpfungen ist im Vergleich zu der Häufigkeit der Krankheit nur sehr klein, namentlich müfsten bei Annahme eines Kontagiums die Übertragungen von Mann auf Weib und umgekehrt, und innerhalb von Mitgliedern derselben Familie viel häufiger sein, als es wirklich der Fall ist; 5. die Krankheit verschwindet häufig auch ohne alle Therapie, um unter dem Einflusse der Jahreszeit wieder auszubrechen, was bei einer parasitischen Affektion unbegreiflich wäre; 6. eine grofse Zahl der Fälle beginnt im mittleren Lebensalter und ist von Störungen des Allgemeinbefindens begleitet. Die erwähnten Thatsachen deuten mehr auf eine vasomotorische Neurose hin.

Redner verwirft vollständig Wilsons Theorie, dafs die Psoriasis eine abgeschwächte Form der Syphilis sei; ebenso wenig finde er genügend Argumente für die Annahme einer Dyskrasie oder der arthritischen Dyskrasie französischer Autoren. Crocker bespricht sodann kurz die Therapie der Psoriasis.

Dr. Mapother erinnert daran, dafs er vor drei Jahren die parasitische Natur der Psoriasis betont habe. Die guten Erfolge, die er mit Quecksilbereinreibungen erzielt habe, veranlafsten ihn, diese Behandlungsmethode zu empfehlen, zumal bei derselben eine geringere Anzahl von Recidiven zu verzeichnen sei, als bei anderen Methoden.

Dr. Abraham analysiert 355 Psoriasisfälle und teilt die Beobachtungen, die er an denselben gemacht, mit. Was die Therapie betrifft, so habe er von der Teerbehandlung die besten Erfolge gesehen.

Die folgenden Redner, Peeke Richards, Alfred Eddowes, J. Pringle, Norman Walker, Stopford Taylor, Balmanno Squire, sprechen sich teils zu Gunsten des parasitischen, teils zu Gunsten des neurotischen oder trophoneurotischen Ursprungs der Psoriasis aus.

John Roberts macht darauf aufmerksam, dafs Gravidität und lange Laktation häufig zum Ausbruch der Psoriasis Anlafs gebe.

Dr. Crocker schliefst mit einigen Worten die Diskussion.

Dr. Normann Walker: **Über Ulcus rodens.** Die beste Beschreibung der Affektion sei in *Paynes Pathologie* enthalten. Das Ulcus rodens sei nicht notwendig immer ein Ulcus gewesen. Es gäbe sicherlich auch ein präulceratives Stadium. Die Erscheinungen unter dem Mikroskope glichen denen eines Carcinoms und zwar eines Drüsencarcinoms. Das Ulcus rodens entstehe nicht aus dem Rete, sondern aus den Schweifsdrüsenknäueln und Drüsenschläuchen, vielleicht, wenn auch selten, auch aus den Talgdrüsen. Redner fragt, ob das Ulcus rodens nicht häufiger Metastasen mache, als gewöhnlich behauptet wird. Was die Therapie betrifft, so sei eine frühzeitige, möglichst ausgiebige operative Behandlung die beste. Lassar übernehme eine schwere

Verantwortung, wenn er neuerdings rate, derartige Fälle innerlich mit Arsenik zu behandeln.

Dr. Brooke glaubt, das Wachstum könne zeitweilig direkt vom Rete seinen Anfang nehmen. Manche tiefherabreichende Retezapfen seien geeignet, Schweifsdrüsengänge vorzutäuschen; er empfehle deshalb besser den Gebrauch einer Chlorzinkpaste, zumal die Affektion einer plastischen Operation nicht sehr zugänglich sei.

Dr. Pringle fragt, ob Dr. Walker bestimmte Anhaltspunkte habe, das Ulcus rodens vom Epitheliom zu unterscheiden.

Dr. Lanz (Bern) hält die operative Behandlung des Ulcus rodens für die beste.

Dr. d'Arcy Power hegt gegründete Zweifel, ob das Ulcus rodens ein Carcinom der Schweifsdrüsen sei, da dasselbe an Körperstellen sich finde, wo die Schweifsdrüsen weder zahlreich sind, noch sonst bemerkenswerte Veränderungen einzugehen pflegen.

Dr. Walker erwidert auf die an ihn gerichteten Fragen und schliefst die Diskussion.

Dr. Leonhard A. Bidwell spricht: **Über die chirurgische Behandlung des Lupus.**

Alle anderen Behandlungsmethoden aufser der operativen liefern mehr oder weniger ungenügende Resultate. Die chirurgische Behandlung ist jedoch nur dann erfolgreich, wenn dieselbe möglichst alles lupöse Gewebe trifft. Dies thut am besten die vollständige Excision des erkrankten Gewebes mit nachfolgender Transplantation nach Thierschs Methode. Redner beschreibt das Verfahren ausführlich und teilt die Krankengeschichte von vier derartig behandelten Fällen aus dem West London Hospital mit.

Bei der Operation ist strengste Antisepsis geboten.

Dr. Alfred Eddowes: **Über das tuberkulöse Ekzem.**

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über das von Unna zuerst beschriebene und sobenannte tuberkulöse Ekzem beschreibt Redner einen Fall aus dem Schadwell Kinderhospital.

In der Diskussion spricht sich die Mehrzahl der folgenden Redner, wie Colcott Fox, Brooke, Walker, Pringle zu dem von Eddowes vorgestellten Falle dahin aus, dafs es sich hier nicht um die von Unna beschriebene Affektion, sondern einfach um einen Lupus vulgaris handle. Fox hat sich niemals überzeugen können, dafs es eine solche Affektion gäbe, wie das durch Tuberkelbacillen direkt hervorgerufene und von Unna beschriebene Ekzem. Was die Behandlung des Lupus betrifft, so habe er vom Auskratzen des Lupus und nachheriger Applikation einer Chlorzinkpaste die relativ besten Resultate erzielt.

Dr. Eddowes erwidert auf die Einwände der Vorredner, dafs er gerne bereit sei, für „tuberkulöses Ekzem“ eine andere Bezeichnung anzunehmen, wenn ihm jemand eine passendere vorschlagen wollte. Wenn der von ihm beschriebene Fall nur ein gewöhnlicher Lupus sei, so freue er sich, einige grofse lupöse Stellen durch einfache Applikation von Salben in wenigen Tagen geheilt zu haben. Es sei wichtig, dieser Affektion besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da sie, wie er glaube, ein frühes Stadium des Lupus darstelle.

Dr. Colcott Fox: **Über das Erythema induratum Skrophulöser** (Bazin).

Die vor längerer Zeit von Bazin beschriebene Hautkrankheit befällt zumeist junge Mädchen von 12 bis 20 Jahren, seltener junge Frauen und Knaben. Die Affektion besteht in erbsen- bis haselnufsgrofsen Knoten, welche in der Cutis entstehen, nach und nach die oberen Schichten ergreifen, um feste, hervorragende, scharf umschriebene, runde oder ovale Erhabenheiten zu bilden. Sie sind im Beginn einzeln

und besser fühlbar als sichtbar. Später konfluieren mehrere Knötchen zu gröfseren, infiltrierten Stellen. Diese Knötchen sind schmerzlos, persistieren für Jahre, verschwinden teilweise, um an anderer Stelle wieder auszubrechen. Zuweilen kommt es in denselben zu schwacher Eiteransammlung. Bricht der Eiter durch, so bildet sich ein kleines Geschwür. Die Lieblingsstellen dieser Affektion sind die Beine, namentlich unterhalb der Waden.

Differentiell-diagnostisch käme hier das Erythema nodosum in Betracht. Auch an syphilitische Gummata werde man erinnert. — Die von der Affektion befallenen Individuen seien stets skrophulös. Die Therapie besteht in Applikation von hinreichend starken Resolventien mit nachfolgender sorgfältiger Einwickelung der befallenen Beine. — Dr. WALSH, PRINGLE haben ähnliche Fälle gesehen.

C. Berliner-Aachen.

Französische Vereinigung für den Fortschritt der Wissenschaften.

Medizinische Sektion. Besançon, den 4.—10. August 1893.

Über spektroskopische Analyse des Blutes durch direkte Untersuchung der Haut, von HÉNOCQUE. Vermittelst eines vervollkommneten Hämatospektroskops will H. das Oxyhämoglobin des Blutes durch Haut und Schleimhaut hindurch bestimmen. Man nimmt ein einfaches Spektroskop mit beweglicher Scheibe vor der Spalte und gefärbten, methodisch abgestuften Gläsern, welche die normalen Oxyhämoglobinstreifen von Haut, Nägeln etc. auslöschen. Je nach der Dicke des Glases bestimmt man das Oxyhämoglobin. Hyperämie, Vaskularisation, Intensität des Blutaustausches soll sich dadurch erkennen lassen.

Über Aussatz beim Menschen, von CHARRIN. In zwei Fällen trat die Lepra in Gestalt einer grofsen Zahl hanfkorngrofser Cysten über den ganzen Körper auf; in einem soll das Mikroskop die Diagnose bestätigt haben. (Multiple Cysten als einzige Äufserungen der Lepra! das ist doch sehr merkwürdig.)

Jessner-Königsberg i. P.

Wissenschaftliche Versammlung des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums.

Sitzung vom 6. November 1893.

(*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 46.)

Demonstration eines neuen Apparates zur Blasenausspülung, von ENGLISCH. Der Apparat besteht aus einem Katheteransatze und zwei unter rechtem Winkel gebogenen Ansätzen, deren gemeinschaftliches Abflufsrohr mit einem nur um 90° drehbaren Hahn in Verbindung steht. Dieser kann so gedreht werden, dafs er das eine Rohr verschliefst, indem er in das andere freien Abflufs verschafft. Die Menge der zu injicierenden Flüssigkeit wird nach einem graduierten Reservoir bestimmt. Vorteile: gleichmäfsiger Druck, Verhütung des Lufteintritts in die Blase, auf den E. nicht zu grofsen Wert legt. — Besonders geeignet ist der Apparat für langsame Entleerung bei chronischer Harnverhaltung. E. läfst dann, sobald 300 ccm abgeflossen sind 150 ccm zufliefsen und wiederholt das solange, bis die Blase entleert ist; der Katheter bleibt dabei liegen. Das Reservoir soll circa 3 Fufs über dem Patienten sich befinden.

Beleuchtung der successiven oder chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis, von EDUARD LANG. Die von FOURNIER inaugurierte chronisch-intermittierende Behandlung der Syphilis, Präventivbehandlung von ihm genannt, geht von der Voraussetzung aus, dafs ein chronisches Leiden auch eine chronische Behandlung erheische. Dabei ist F., quasi durch Selbstlicitation, von einer Kur von

9–10 Monaten bis zu einer solchen von 6 Jahren gekommen: 3 Jahre Merkur, 2 Jahre Jod, ein Jahr beides alternierend. Die Resultate dieser Methode sind sehr verderbliche. F.s Statistik zu Gunsten derselben beweist nach dem Vortragenden gar nichts. F. selbst verschweigt nicht, dafs viele Luetiker trotz Einhaltung der Methode bald schwere Recidive bekommen. Die nach F. behandelten bekommen schwere Recidive sogar früher; die nervösen Erscheinungen, die Schlaflosigkeit, die Dyspepsie sind Folgen der merkuriellen Behandlung. Die Tabellen F.s, welche zeigen, dafs die schwersten tertiären Formen in den ersten drei Jahren nach der Infektion auftreten, die vielen Fälle von Nervensyphilis, die derselbe beobachtet, sprechen gegen die Präventivkur. Die Nervenaffektion wie die andern schweren tertiären Formen in den ersten Jahren sind dieser zur Last zu legen. — Die Reinfektion, welche die Heilbarkeit der Syphilis beweist, hat F. nicht für seine Methode verwertet. — Oft sieht man Kranke, die trotz eingreifendster Kuren schwere Recidive bekommen, dann aber gegen Quecksilber und Jod so abgestumpft sind, dafs diese Mittel gerade dann versagen, wenn sie indiziert sind. Die F.sche Methode, so schliefst der Vortragende, bringt für den Syphilitiker dieselbe Gefahr, wie der bewaffnete Friede für den Staat, der den Krieg fernhalten will. Das syphilitische Gift soll durch die eindringenden Mittel unschädlich gemacht werden, der Körper erhält aber durch dieselben eine solche Alteration, dafs eventuelle Recidive für ihn verhängnisvoll werden.

Diskussion: Finger: Die Statistik Fourniers ist weder pro noch contra zu benutzen, da sie keine Procentualverhältnisse aufweist. Die Thatsache, dafs tertiäre Erscheinungen in den ersten drei Jahren besonders auftreten, findet man auch bei der symptomatischen Behandlung. Nicht alle von Fournier angeführten nervösen Störungen kommen auf Rechnung der Syphilis. — Die bei Franzosen häufige Dyspepsie rührt davon her, dafs dort die interne Verordnung von Merkur mehr üblich ist. Die Reinfektion hat man auch in Fällen mit schweren tertiären Erscheinungen gefunden, dieselbe beweist also nicht die Heilung der Syphilis. Sicher ist es, dafs tertiäre Erscheinungen häufiger auftreten bei nicht gründlich behandelten Fällen. Wenn auf leichte Sekundärerscheinungen schwerere tertiäre auftreten, so beruht das oft darauf, dafs die Behandlung früher entsprechend den leichten Symptomen eine zu milde war. Das Virus wird durch die Behandlung nicht eliminiert, sondern nur abgeschwächt, der Rest vermehrt sich mit der Zeit und bewirkt Recidive. Deshalb wäre eine kontinuierliche Behandlung das logisch Richtige, die aber nicht durchführbar ist, weil der Organismus dieselbe nicht verträgt und sich mit der Zeit auch gegen die Mittel abstumpft. In jedem Falle mufs individualisiert werden, dann erzielt man gute Erfolge.

Ehrmann stimmt Finger zu, widerspricht aber Lang. Nur bei herabgekommenen Menschen hat er schlechte Erfahrungen mit der Präventivkur gemacht; besonders anzurathen ist sie bei extragenitalen Sklerosen. Die Jodbehandlung könnte wohl neben Atrophie der Drüsen Bindegewebsneubildung z. B. im Rückenmark hervorrufen. Die intermittierende Behandlung ist die beste uns bis jetzt zur Verfügung stehende Methode.

Lang stellt die Harmlosigkeit des Merkurs in Bezug auf das Zentralnervensystem in Abrede. Sein heutiger Vortrag sollte nur auf die Bedenklichkeiten der intermittierenden Behandlung hinweisen und die Beweismittel Fourniers auf das richtige Mafs zurückführen.

(Die weitere Diskussion wird vertagt.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1894. Heft I.

I. **Rückblick auf ein Vierteljahrhundert 1869—1894,** von Prof. F. J. Pick. Verfasser leitet den 26. Jahrgang des Archivs mit einem Rückblick auf die Zeit ein, welche seit der Begründung der Zeitschrift verflossen ist. Auf eine mühevolle, aber von Erfolgen reich gekrönte Arbeit sieht der Verfasser zurück, der als Mitbegründer des Blattes unermüdlich bis zum heutigen Tage für die Redaktion des Archivs thätig gewesen ist. Mit Genugthuung hebt er die Fortschritte hervor, welche die dermatologische Wissenschaft in den 25 Jahren des Bestehens des Archivs gemacht; mit Freuden konstatiert er das Ansehen, das die Dermatologie nicht zum geringen Teile durch die Anregung und Belehrung des Archivs und seiner hervorragenden Mitarbeiter sich errungen hat. Allen diesen Mitarbeitern, unter denen die Kurpfuscher und „die unter dem Deckmantel der Wissenschaft persönliche Reklame treibenden Elemente“ nicht, zum Schaden des Archivs, fehlten, stattet der Verfasser am Schlusse seines Rückblicks seinen herzlichsten Dank ab.

II. **Finden sich in den als leprafrei bekannten Landstrichen Frankreichs, insbesondere im Norden und in Paris, Spuren der alten Lepra?** von Henri Leloir. — Der Aufsatz ist identisch mit dem Bd. XVII, pag. 409, bereits referierten Artikel. Wir holen daher nur das Wesentlichste nach.

Verfasser teilt ausführlich die Krankengeschichte des erwähnten Falles mit. Beginn der Hautaffektion mit schmerzhaften Sensationen im Bereiche umschriebener Stellen der Haut. Anästhesie an der Stelle, wo der gangränöse Schorf erscheint. Multiple Herde von Gangrän von pergamentartigem Aussehen; daran anschliefsend Ulcerationen mit nachfolgender Keloidbildung. Keine bemerkenswerte Störung des Allgemeinbefindens. Beginn der Erkrankung vor drei Jahren. Verschiedene Methoden der Behandlung. Keine Besserung.

Verfasser hat in Lille zwei weitere Fälle beobachtet, die in ihrem Aussehen eine aufserordentliche Ähnlichkeit mit der Lepra mutilans zeigten. Da es sich bei den drei Patienten um Leute handelt, die in einem leprafreien Lande geboren und in demselben wohnen geblieben sind, so wirft Verfasser die Frage auf: „Sind das nicht verkümmerte Fälle von Lepra, Spuren der alten Lepra?“ (Fortsetzung folgt.)

III. **Zur Lehre von den Arzneiausschlägen,** von Caspary. — Eine genaue Kenntnis der Arzneiexantheme ist unstreitig von praktischer Wichtigkeit, um falsche Diagnosen und die aus denselben resultierenden mifslichen Konsequenzen zu vermeiden. Manche Fragen, die das Kapitel der Arzneiexantheme betreffen und sowohl in praktischer wie wissenschaftlicher Beziehung von Bedeutung sind, harren bis zum heutigen Tage noch einer Aufklärung. So: Woher rührt in manchen Fällen die plötzlich eintretende Idiosynkrasie gegen ein lange vertragenes Mittel? Woher ebenso plötzliches Erlöschen dieser eben noch erprobten Idiosynkrasie? Entstehen die nach äufserlichem Gebrauche des Mittels auftretenden Ausschläge auf dieselbe Weise, wie die auf internem Wege erzielten? Und wie kommen diese letzteren überhaupt zu stande? Auf reflektorischem Wege von den Nervencentren aus? Oder durch Reizung der peripheren Nerven? Oder durch direkten Übergang von dem Blute aus in die Haut, etwa in die Hautdrüsen?

Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall von Antipyrinexanthem, das durch einen makulo-bullösen, mit Pemphigus aufserordentlich leicht zu verwechselnden Ausschlag charakterisiert war. Dieses Antipyrinexanthem unterschied sich von anderen ähnlichen in der Litteratur beschriebenen durch seine Intensität und durch das Zurückbleiben vieler das Gesicht entstellender Pigmentflecke. Im folgenden erwähnt Verfasser den Einflufs des Alkohols auf das Entstehen von akuten umschriebenen Ödemen, beschreibt mehrere Fälle von Antipyrinexanthemen, die sich sämtlich durch ihre eigentümliche Lokalisation auszeichneten. Das Exanthem, welches in Flecken, Blasen, Erosionen bestand, zeigte sich ausschliefslich an der Mundhöhlenschleimhaut und an der Haut der Genitalien. Dieselbe Lokalisation sah Verfasser einmal nach Chinin. Woher es kommt, dafs diese Örtlichkeit bevorzugt wird, vermag Verfasser nicht anzugeben. Dieselben Prädilektionsstellen haben der Herpes facialis und progenitalis, Affektionen, bei denen wahrscheinlich die Nerven die Hauptrolle spielen.

IV. **Vier Fälle von Hydroa vacciniformis (Bazin), Sommereruption (Hutchinson)**, von C. Boeck. — Die Kasuistik der von Bazin zuerst als Hydroa vacciniformis, von Jonathan Hutchinson als Sommereruption beschriebenen Krankheit ist trotz der weiteren Publikationen von Handford, Jamiesson, Berliner („Eruptio aestivalis bullosa"), Buri und Broes van Dort dennoch bis jetzt eine ziemlich spärsame geblieben. Die Affektion verlangt jedoch eingehendere Beobachtung, da sie vielfach variable Bilder darbieten, unter Umständen, wie Hutchinson dies auf dem letzten Wiener dermatologischen Kongresse demonstriert hat, einen ernsten Charakter annehmen kann.

Verfasser bereichert die Kasuistik durch vier Fälle, darunter drei ganz typische. Der eine Fall betrifft einen 9jährigen Knaben, bei welchem die Affektion bereits drei Sommer nacheinander und zwar symmetrisch auf beiden Wangen, spurweise auf der Stirn, vor allem auf der Ränder- und der Vorderfläche der beiden Ohren, also auf der Sonne ausgesetzten Körperstellen, aufgetreten war. Die Krankheit äufsert sich durch tiefsitzende Vesikel und kleine Bullae von Nadelspitz- bis mehr wie Erbsengröfse. Auch auf dem rechten Handrücken sind einzelne Vesikel zu sehen. Daneben bemerkt man aber auch auf denselben Körperstellen zahlreiche gröfsere und kleinere, zum Teil ziemlich tiefe Narben als Zeichen abgeheilter Eruptionen.

Die Behandlung bestand in Waschungen, zweimal täglich mit gleichen Teilen Karbol- und Bleiwasser mit nachfolgender Applikation von Puder. Nach Verlauf von etwa zwei Wochen war der Ausschlag auf den Wangen vollständig abgelaufen und hatte schwach vertiefte, überhäutete Narben zurückgelassen.

Verfasser teilt im folgenden die drei anderen Krankengeschichten mit und knüpft einige kurze, den pathologischen Prozefs der Affektion betreffende Bemerkungen an dieselbe.

V. **Über Lichen skrophulosorum**, von Lukasiewicz. — Verfasser charakterisiert die Krankheit, welche er an 43 Patienten (35 Männern und 8 Weibern) beobachtet hat, folgendermafsen: „Auf der meist trockenen Haut befinden sich mit hauptsächlicher Lokalisation am Stamme, lebhaft- bis dunkelbraunrote, schlappe, alsbald ein dünnes, fettiges Schüppchen oder ein winziges Pustelchen tragende hirsekorn- bis stecknadelkopfgrofse, meist in kreuzer- bis thalergrofse Haufen gestellte, einzeln auch diskrete, oder in Kreislinien angeordnete Knötchen. Bei einzelnen okkupierte die Eruption auch die Extremitäten. Daneben findet sich auch häufig das schon von Hebra hervorgehobene eigentümliche Ekzem der Regio pubica et inguinalis nebst schlappen Pusteln hier und an den unteren Extremitäten (Acne cachecticorum).

Im folgenden giebt Verfasser eine Analyse dieser 43 Krankheitsfälle. Im allgemeinen dauerte die Affektion zehn Wochen bis ein Jahr. Bei der Rückbildung

blafsten die Efflorescenzen ab, wurden flacher und schuppten so stark, dafs gewöhnlich eine allgemeine Desquamation entstand. Die kleinsten und kurz bestehenden Lichenknötchen verschwanden unter einer roborierenden Behandlung und unter der lokalen Therapie (Oleum jecoris aselli, Zinkpasta, Borsalbe, Ichthyol, Bäder) spurlos, während die gröfseren seichte, dunkel pigmentierte, makroskopisch als narbenähnliche Grübchen wahrnehmbare Hautatrophien hinterlassen.

Von Komplikationen kamen in den beobachteten Fällen vor skrophulöse Lymphadenitis meistens am Halse, Nacken und Achselhöhle, ferner Skrophuloderma, Caries der Fufsknochen, Conjunctivitis lymphatica, Lupus vulgaris, Lymphadenoma colli, endlich scharf begrenztes, stark nässendes Ekzem, welches, gewöhnlich von der Leistengegend ausgehend, auf den Bauch und das Scrotum übergriff. Tuberkulös belastet waren 8 Patienten.

Bei der histologischen Untersuchung fand Verfasser typische LANGHANSsche Riesenzellen, denen er jedoch die Bedeutung tuberkulöser Elemente nicht beigemessen hat, da es feststeht, dafs sie nicht nur bei Tuberkulose, sondern auch in den Produkten anderer, verschiedenartiger Prozesse vorkommen, beispielsweise bei der Folliculitis exulcerans, Bromakne, bei Abscessen nach Morphiuminjektionen etc. Verfasser beschreibt im folgenden die histologischen Befunde an excidierten Hautstückchen ausführlicher.

Auf Grund dieser Befunde vermag Verfasser die Lichen skrophulosorum-Infiltrate mit den wahren Tuberkeln nicht zu identificieren. Sie waren vaskularisiert, zumeist streifenförmig und bildeten nie typische, scharf abgegrenzte, gefäfslose Knötchen mit dem charakteristischen Reticulum.

Auffällig bei der vorliegenden Affektion war die verhältnismäfsig geringe Menge der lymphoiden Zellen, welche nie in der Peripherie der Infiltrate angesammelt war. Zu einer der Tuberkulose charakteristischen Verkäsung und darauffolgender Erweichung und Zerfall, zu Geschwürsbildung, wie bei Tuberkulose und deren verschiedenen Formen auf der Haut kommt es beim Lichen skrophulosorum nie. Der klinische, verhältnismäfsig benigne Verlauf des Prozesses spricht ebenfalls gegen die tuberkulöse Natur desselben. Keine der verschiedenen Formen der Hauttuberkulose ist im stande, sich in so kurzer Zeit zu entwickeln und zurückzubilden wie gerade der Lichen skrophulosorum. In keinem der untersuchten Präparate gelang es Verfasser, Tuberkelbacillen nachzuweisen. Diese und manche andere Gründe sprechen gegen die spezifisch tuberkulöse Natur dieses Hautleidens. Der Entzündungsprozefs bei der Affektion ist als Ausdruck einer Ernährungsstörung anzusehen und trifft vorwiegend schlecht genährte, häufig durch Tuberkulose kachektisch gewordene Individuen.

VI. **Über einen Fall von Epithelioma verrucosum abortivum nebst einem Beitrage zum Studium der Psorospermosen,** von PIERLEONE TOMMASOLI. Der Fall betrifft einen 42jährigen Gutsbesitzer, der seit mehr als 20 Jahren an korrodierenden Geschwüren des Gesichts gelitten hat. Anfangs milde und auf die oberen Gesichtspartien beschränkt, nahm die Affektion später einen bösartigeren Charakter an, indem sich ein Geschwür am rechten Nasenloch entwickelte, das nach und nach so schwere und tiefe Ulcerationen veranlafste, dafs zwei Drittel der Nase und der gröfste Teil der Oberlippe zerstört und selbst der Kieferknochen so wie ein grofser Teil des rechten Gaumendaches stark angegriffen wurden. Die Ulcerationen boten ein carcinomatöses Aussehen dar. Der Patient starb schliefslich an Kachexie. Neben dem schwereren Leiden zeigte der Patient in den letzten Lebensjahren auf den Handrücken eine Affektion, die ihn zwar wenig genierte, die jedoch das gröfste Interesse des Verfassers in Anspruch nahm.

Die ganze Haut der Handrücken war tief verändert, die Haare waren hier fast

gänzlich verschwunden. Die Epidermis, glatt, glänzend, bald perlenweifs, bald rein violett, zeigte augenscheinlich einen atrophischen Zustand. Auf diesem atrophisch-narbigen Grunde erhoben sich, scharf umschrieben, zahlreiche hirsekorn- bis hanfkorn- bis linsengrofse, sich hart anfühlende, mit der darunter befindlichen dünnen Haut leicht verschiebbare Knötchen. Die meisten, bedeckt von einer starken hyperkeratotischen Epidermis mit einem kleinen vertieften und schwärzlichen Punkte in der Mitte, hatten die Form von kleinen flachen Hornwarzen, die mit mehr oder weniger dicken Körnchen aus Hornsubstanz überlagert und von schmutzig gelber Farbe waren. Verfasser reiht diesen Fall unter die Akrokeratome ein.

Nach dem Tode des Patienten wurden einige Hautstücke vom Handrücken herausgeschnitten und gehärtet.

Verfasser teilt im folgenden das Resultat der histologischen Untersuchung mit. In sehr vielen Schnitten fanden sich mehr oder weniger starke Anhäufungen von Hornsubstanz, genau wie man es auf einer histologischen Tafel von Akrokeratoma hystriciforme hereditarium oder auf den histologischen Tafeln der Psorospermose folliculaire de Darier sehen kann. — Die Hornmassen bestehen aus Epithelzellen, in welchen der Kornifikationsprozefs infolge der Alterationen der darunterliegenden Schichten atypisch und unvollständig sich vollzieht.

Aus seinen histologischen Befunden glaubt Verfasser bei der Affektion am Handrücken zwei Perioden feststellen zu können, erstens eine progressive und zweitens eine regressive. Als charakteristisches Merkmal der progressiven Periode ist die stark hypertrophische, warzige, zerklüftete Hornschicht anzusehen, während das regressive Stadium sich am deutlichsten am atrophischen Epithel und Papillarkörper und an dem spärlichen Vorhandensein von Leukocyten kennzeichnet. Im regressiven Stadium hat die Cutis an ihrem Dickendurchmesser eingebüfst, die zahlreichen und stark entwickelten Knäueldrüsen sind der Oberfläche sehr nahe gerückt. Von besonderem Interesse in der subepithelialen Cutisschicht sind herdweise, in einer Breite von zwei bis vier Papillen liegende, unregelmäfsig konturierte, glänzende, homogene Körperchen, die sich durch Taenzers Orceinfärbung für elastisches Gewebe mit nachfolgender Methylenblau-Kernfärbung am besten blau färben lassen. Diese Gebilde, welche den Körperchen des Molluscum contagiosum sehr ähnlich sehen, liegen hier und da zwischen den Hornzellen und unterscheiden sich scharf von den umgebenden Zellen. Sie sind nach der Ansicht des Verfassers durchaus nicht parasitärer Natur, sondern Produkte einer hyalinen Degeneration. In dieser Ansicht befindet sich Verfasser in völliger Übereinstimmung mit Török, insbesondere mit Philippson, dem er Präparate zur Begutachtung eingesandt hatte.

Verfasser bespricht eingehend die histologischen Befunde und sucht dieselben an der Hand der Litteratur klarzustellen. Er gelangt, unterstützt von Philippson, zu dem Urteile, dafs im vorliegenden Falle die Affektion auf dem Handrücken nur eine Reproduktion des Ulcus rodens im Gesichte war, dafs also das wahre Epitheliom auf dem Handrücken bereits in der Entwickelung war, jedoch, durch eine noch nicht zu deutende Kraft in seiner Entwickelung gehemmt, einen milderen, mehr gutartigen Charakter annahm. Verfasser will für derartige Fälle, die er zu den Akrokeratomen zählt, die nähere Bezeichnung: „abortive Epitheliome“ oder „Pseudo-Epitheliome“ eingeführt sehen.

VII. **Über Cysticercus cellulosae in der Haut des Menschen,** von G. Lewin. — Verfasser wirft einen historischen Rückblick auf die bezügliche Litteratur und stellt die bisher publicierten Fälle übersichtlich zusammen. In dem Zeitraume von der ersten Auffindung des Cysticercus bis zum Jahre 1875, also innerhalb zweier Jahrhunderte, wurde der Parasit nur achtmal intra vitam aufgefunden. Seitdem Verfasser

im Jahre 1875 bessere Kriterien des durch den Parasiten erzeugten Tumors festgestellt hat, sind ca. 50 Fälle publiciert worden.

Die Cysticerken kommen beim Menschen relativ häufig vor und zwar häufiger als Echinococcus. Bezüglich der Häufigkeit widersprechen sich vielfach die Angaben. Einige Autoren geben an, dafs sich Cysticerken in 0,6—2% aller Secierten befanden. Sicher ist, dafs im allgemeinen die Procentverhältnisse der Wirklichkeit nicht entsprechen, weil in vielen Fällen das Gehirn nicht geöffnet wurde. Über die Häufigkeit der Parasiten in der Haut existieren keine genaueren Angaben.

Zur Ätiologie ist folgendes zu bemerken: Mit Cysticercus cellulosae bezeichnet man den Finnenzustand eines im Dünndarme sich aufhaltenden Bandwurmes, in dessen Eiern sich die zahlreichen Embryonen zum künftigen Cysticercus befinden. Der Mensch inficiert sich entweder direkt durch die Eier der in seinem Darme befindlichen Taenia (Autoinfektion), oder indirekt durch die Eier, welche vom Bandwurme eines anderen Individuums herrühren. Bezüglich der Selbstinfektion, sei es vom Magen, sei es vom Darme aus, gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Virchow leugnet überhaupt die Selbstinfektion durch die Eier eines eigenen Bandwurmes und hält die gleichzeitige Anwesenheit von Finne und Taenia mehr für eine zufällige. Gegen diese Annahme spricht jedoch die Kasuistik der Koincidenz von Taenia solium und Cysticercus in einem Individuum. Verfasser stellt im folgenden diese Fälle zusammen. Es sind über 40, in denen Cysticercus gleichzeitig mit Taenia vorhanden waren. (Fortsetzung folgt.)

VIII. **Über einige ungewöhnliche Formen von Akne (Folliculitis)**, von M. Kaposi. — Verfasser citiert aus seinem Lehrbuche die Beschreibung der Acne varioliformis, der zur selben Kategorie gehörigen Acne necrotisans, ferner der Acne urticata und teilt kurz die Krankengeschichten dreier Fälle von Acne necrotisans et exulcerans serpiginosa nasi mit.

Der erste Fall betrifft eine 28 Jahre alte, schlecht genährte, schwächliche, anämische Näherin. Die Affektion beschreibt Verfasser folgendermafsen:

Die Haut an der Nasenspitze, sowie am linken Nasenflügel bis in die Nähe des knöchernen Anteiles und nur teilweise auf den linken Flügel übergreifend, ist von zahlreichen bis erbsengrofsen Höckern zerklüftet, teils mit dünner, rötlicher Epidermis überzogen, teils frei von solcher und mit einem gelblichgrünen Belege oder auch mit schwarzen Krusten bedeckt. An den Wangen und am Kinn links einige rötlichbraune, in der Mitte mit Krusten bedeckte oder glatte, mäfsig erhabene, von Gefäfschen durchzogene, schlappe Knötchen; die Wangen sonst mit zahlreichen, teils länglichen, teils runden, im Centrum dunkler pigmentierten Narben besetzt; einige ebensolche am Stamme zerstreut. An der Stirnhaargrenze Acne varioliformis.

Die Therapie bestand zunächst in Pflasterverbänden, dann Lapis und Auskratzung des schwammigen Gewebes mit dem scharfen Löffel, hierauf Paquelin. Nach drei Monaten verliefs die Patientin nahezu geheilt das Spital.

Die beschriebene Form dieser drei Fälle unterscheidet sich von der Acne necrotica (Boeck und Pick) klinisch durch die Lokalisation an der Nasenspitze und die Bildung von scharf begrenzten und ungreifbaren Knötchen und Knoten und histologisch durch den Charakter der letzteren als neugebildetes Granulationsgewebe. Das Wesentlichste bei der vorliegenden Form ist die Bildung von rasch nekrotisierendem, vaskularisiertem Granulationsgewebe um die Follikel herum.

Verfasser erinnert an den von Lukasiewicz beschriebenen Fall von Folliculitis exulcerans (*Arch.* 1891. Ergänzungsh. II.), beschreibt zwei Fälle von Acne telangiectodes, bei der die akute Entwickelung solcher aus Granulationsgewebe bestehenden Knötchen das hervorstechendste Merkmal ist und die sich von der Acne

exulcerans serpiginosa nasi dadurch unterscheidet, dafs die Eruption bei jener mehr allgemein ist, dafs die Efflorescenzen nicht der Nekrose anheimfallen, sondern nur zur Erweichung gelangten.

Am Schlusse seiner Abhandlung erwähnt Verfasser einen seltenen Fall von Acne cachecticorum.

IX. **Zur Behandlung des Lupus vulgaris**, von J. Schütz. — Ein frischer Lupusherd von mäfsiger Ausdehnung ist am besten durch die Excision im Gesunden zu beseitigen, vorausgesetzt, dafs die Operation keine allzugrofse kosmetische Störungen hinterläfst.

Verfasser beschreibt verschiedene mehr oder weniger erfolgreiche Behandlungsmethoden, u. a. die Thierschsche Transplantation, teilt dann ausführlich die eigene Methode mit, die ihm die besten und nachhaltigsten Erfolge bei der radikalen Excision unzugänglichen Fällen gebracht habe.

Das Verfahren besteht in einer in Chloroformnarkose vorzunehmenden gründlichen Auskratzung des lupösen Gewebes, in Skarificierung des Bodens der Wundfläche, Blutstillung durch Kompression mit feuchten Gazekompressen, in darauffolgender mehrmaliger Bepinselung des ganzen Wundgebietes mit einer kaltgesättigten, durch Zusatz von etwas reiner Salzsäure haltbar und klar erhaltenen, alkoholischen Chlorzinklösung. Grofser Schmerz. Linderung durch Eiskompressen. Beseitigung der stark entzündlichen Erscheinungen (Ödeme, Schwellungen) durch Borwasserumschläge. Wenn nach zwei Tagen die Wunde sich gereinigt, beginnt die Behandlung mit Pyrogallussäure-Vaselin (1 : 4), dreimal täglich vier Tage hintereinander aufgelegt und verbunden. Am fünften Tage Borwasserumschläge. Nach vier bis fünf Tagen ist die Wunde rein. Zweite Pyrogallussäuretour. Die Reinigung unter Borwasserumschlägen dauert jetzt nicht mehr so lange. Es folgt dann die dritte und letzte Pyrogallussäureätzung, Reinigung mit Borwasserumschlägen, schliefslich Emplastrum hydrargyri oder Jodoformpulver oder Borsalbenlintverband.

Verfasser hat nach diesem (allerdings sehr umständlichen und sehr schmerzhaften. Ref.) Verfahren viel weniger Recidive zu verzeichnen gehabt, als nach irgend einer anderen ihm bekannten Handlungsmethode. (Wie verhält es sich mit der viel einfacheren, weniger schmerzhaften und vorzügliche Narben erzielenden Salicylkreosotpflaster-Behandlung, event. nach voraufgegangener Auskratzung? Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Über extragenitale Condylomata accuminata, von Gemy. (Alger, Adolphe Jourdan, 1893.) An der Hand von zehn Krankengeschichten stellt Verfasser folgende Schlufssätze auf:

1. Condylomata accuminata, Warzen und Molluscum contagiosum haben dieselbe parasitäre Ätiologie.

2. Der Parasit ist zwar noch nicht nachgewiesen, dürfte aber höchst wahrscheinlich der Klasse der Coccidien angehören.

3. Die Behandlung soll nur ausnahmsweise in der Excision oder in Kauterisationen bestehen. Streupulver (Salicylsäure oder Sabina) genügen in der überaus gröfsten Mehrzahl der Fälle allen Indikationen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Chirurgie der Harnwege, von Loumeau. (Bordeaux 1894. 2. Aufl.) Der 300 Seiten starke Band enthält eine Sammlung interessanter Fälle aus dem Gebiete der chirurgischen Urogenitalpathologie. An der Hand derselben werden uns vom Verfasser ausführliche Mitteilungen gegeben über die angewendeten therapeutischen Mafsnahmen. Wir finden darin unter anderen Angaben über die sehr günstige Wirkung des Sublimats (in Ausspülungen und Instillationen) bei Cystitis, der progressiven

Dilatation und der Urethrotomie bei Strikturen, über Entfernung von Fremdkörpern aus Blase und Urethra. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Behandlung der Syphilis, von Gemy; I. Teil: Allgemeine Therapie. (Alger, L. Remordet & Co., 1893.) Auf Grund langjähriger Erfahrung hat Verfasser folgende Methode der Syphilistherapie adoptiert:

1. In allen Perioden der Affektion soll Quecksilber dargereicht werden. In der tertiären kommt aufserdem noch Jodkalium hinzu. Eine gemischte Therapie erfordern ferner die akuten, schweren Formen. Die Dauer dieser Behandlung beträgt zwei Jahre.

2. Folgt eine mehrjährige Periode intermittierender Therapie. Im ersten Jahre werden je zwei Monate Quecksilber, Jodkalium und Pause verordnet. In den folgenden vier bis fünf Jahren kommen nach je einem Monat Quecksilber- und Jodkaliummedikation vier Monate Pause.

3. Tabak und Alkohol werden in den ersten zwei Jahren gänzlich untersagt. Meiden von schwer verdaulicher, reizender Kost. Bäder und Duschen. Körperliche Übungen, Aufenthalt in freier Luft etc. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Atlas der Hautkrankheiten, von C. Kopp. (Verlag von J. F. Lehmann-München. 1893.) Der Atlas enthält 90 farbige und 17 schwarze Abbildungen, die vom Verfasser mit kurzen, die Symptomatologie, pathologische Anatomie und Therapie betreffenden Bemerkungen begleitet sind.

Wenn wir den aufserordentlich mäfsigen Preis von zehn Mark, die der Atlas kostet, in Betracht ziehen, so müssen wir anerkennen, dafs die Verlagsbuchhandlung viel geleistet hat. Es finden sich jedoch in dem Atlas neben guten Bildern auch solche, die gar zu schematisch gezeichnet sind. Wir sind deshalb der Meinung, dafs die rührige, sehr strebsame Verlagsbuchhandlung auf dieselbe, ja auf eine gröfsere Verbreitung eines Atlas rechnen darf, der das Doppelte kostet, aber durchweg gut ausgeführte Bilder enthält. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Kenntnis des subepithelialen elastischen Netzes der menschlichen Haut, von Ferd. Behrens. (Inaug.-Dissert. Rostock.) Die nach der Taenzer-Unnaschen Methode mittelst Orceinfärbung angestellten Untersuchungen des subepithelialen elastischen Netzes, auf das Unna zuerst hingewiesen hat, ergab folgende Resultate:

1. Das Netz ist an allen Stellen des Körpers vorhanden, nur am Augenlide ist es bisher nicht gelungen, es darzustellen.

2. Die feinsten elastischen Fasern dieses Netzes findet man in denjenigen Hautstellen, welche sich durch hohe und schlanke Papillen auszeichnen, so in der Haut des Scrotum, der Labien, des Anus, des Warzenhofes. Am dichtesten und stärksten ist dasselbe an den Augenbrauen und der bärtigen Oberlippe.

3. Die Höhe der „subepithelialen Grenzschicht“, d. h. des zwischen subepithelialem Netz und Epithel befindlichen Raumes, variiert an den verschiedenen Körperstellen nur in sehr geringem Mafse.

4. Eine bestimmte Verlaufsrichtung der elastischen Fasern des subepithelialen Netzwerkes zur Rumpf-, bezw. Extremitätenachse festzustellen, war nicht möglich, mit Ausnahme der überall gleichmäfsig zur Oberhaut parallelen Anordnung desselben.

5. Das elastische Netz der Papillen stellt, wie schon Unna ausgesprochen hat, eine Fortsetzung des zwischen den Papillen gelegenen subepithelialen Netzes dar. Die allerkleinsten, rudimentären Papillen enthalten nur ein oder mehrere kleine Fäserchen. Zwischen den Zellen des Rete Malpighii wurden im Gegensatz zu Balzer keine Fäserchen beobachtet.

Unnas Auffassung, dafs dem subepithelialen Netze durch seine Druckelasticität die Funktion zukomme, den bei den Bewegungen der Haut in die Breite gedehnten und abgeflachten Papillenkörper wieder aufzurichten, seine Wellenform zu erhalten, hält Verfasser für gewagt, da nichts zur Annahme einer Druckelasticität der elastischen Fasern berechtigt; nötig ist diese Erklärung auch nicht, da die nach Aufhören des Zuges eintretende Gefäfsfüllung das Wiederaufrichten der Papillen bewirkt. (Verfasser scheint mir die Beziehungen, die Unna dem elastischen Netze zu den diagonalen Hautmuskeln zuschreibt, deren Sehnen es gewissermafsen darstellt, und die Bedeutung dieser Hautmuskeln für die Gefäfsfüllung zu wenig in Betracht zu ziehen. Nach Unna übt das elastische Netz nur indirekt durch die Thätigkeit der Hautmuskeln eine Regulierung aus, nicht durch die eigene Elasticität. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die feineren Nerven und ihre Endigungen in den männlichen Genitalien, von Georgios Sclavunos. (*Anat. Anz.* IX. Band. No. 1. u. 2.) Die bisherigen Untersuchungen über Nervenendigungen in den männlichen Genitalien erstreckten sich auf den Bau der Krauseschen Genitalkörperchen und die Nervenendigungen in denselben. Verfasser hat dieselben unter Bemerkung der Golgischen Methode weiter ausgedehnt. Die Nerven des Hodens (Kaninchen, Hengst, Katze) bestehen aus feinen Fasern, die ein Geflecht um die Gefäfse bilden und mit den letzteren zwischen den Samenkanälchen verlaufen. Von dem Geflechte zweigen sich einzelne Fasern ab, die die Membrana propria durchsetzen und zwischen den Epithelzellen mit Endanschwellungen endigen, nachdem sie sich in Äste geteilt; einige Fasern verästeln sich unter der propria. Bemerkt sei, dafs die Spermatozoen sich nach der Golgischen Methode am Mittelstücke und Schwanze gut, am Kopfe gar nicht oder nur sehr schwach färben; einige zeigen dabei am Schwanze nicht einen, sondern mehrere Knoten. Die Nerven des Vas deferens, wie es scheint, markhaltig, bilden in der Muskelschicht einen „Plexus myospermaticus“, von dem einige Äste bis zur Submucosa verliefen, sich dort verzweigten und einige Fasern zu den Papillen oder zum Epithel sandten. Ähnlich ist das Verhalten in der Epididymis. In die Corpora cavernosa treten Nervenfasern in Begleitung der Gefäfse, verlaufen gewunden in den Trabekeln, geben feine Äste ab, die unter dem Endothel knopfförmig enden; sie sind besonders zahlreich, wo eine Schicht Muskelzellen unter dem Endothel vorhanden ist. Manche Fasern aus dem Nervus dorsalis penis enden schon in der Albuginea, wahrscheinlich die in ihnen vorhandenen Muskelzellen versorgend Die Nerven am Corpus cavernosum urethrae verhalten sich ähnlich. Am schönsten studiert man die Verhältnisse am Corpus cavernosum penis. Über die unter dem Epithel der Glans endenden Fasern kann Verfasser noch nichts Bestimmtes aussagen. Die intraepithelialen Fasern bilden kein Netz, sondern enden mit oder ohne Endanschwellungen. Die Nervenendigungen in der Urethra findet man frei im Epithel. Unter dem Epithel, in den Trabekeln und der Gefäfswand sind eigentümliche, auch schon von anderen beschriebene Zellen vorhanden, die Fortsätze aussenden; für Nervenzellen hält Verfasser sie nicht. Aufser diesen Zellen schwärzten sich im Epithel der Glans penis und dem vordersten Teile

der Urethra des Igels Zellen mit varikösen Fortsätzen, die in den tieferen Epithelschichten lagen; sie sind wohl gleichwertig den LANGERHANSschen Zellen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Gefühlsnerven-Endigungen der menschlichen Haut; ein Beitrag zur normalen Histologie, von ROSSI. (*Rif. med.* No. 197, 198, 199, 200. 1893.) Nach seinen einläfslichen mikroskopischen Untersuchungen (Färbung mit Goldchlorid) kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Die Gefühlsnerven der Epidermis bilden ein selbständiges terminales System, das sich nicht über die Zone des Stratum granulosum hinaus erstreckt. Dieses System besteht aus:

1. Der Nerven-„Pinie“, welche in direkter Verbindung mit dem Netze der Cutis steht. Verfasser leitet diesen Ausdruck her von der morphologischen Ähnlichkeit mit der Frucht der Fichte (Pinus pinea). Die Pinie selbst besteht aus a) einer zentralen Achse, b) den radialen Fibrillen, c) den pinealen Elementen, d) den ganglionären Fortsätzen.

2. Den LANGERHANSschen Zellen, welche mit der zentralen Achse der „Pinie“ verbunden sind.

3. Den intraepithelialen Fibrillen, d. h. den feinsten von den oben genannten Zellen abgehenden, knopfförmig endenden Fasern.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Histologie des Nagelbettes, von SPERINO. (*Rif. med.* 1893. No. 165.) Vortragender hat die histologischen Untersuchungen ZENTHÖFERS über das elastische Gewebe auf eine Partie der Körperoberfläche ausgedehnt, welche von diesem in seiner Arbeit (UNNAsche Preisaufgabe) unberücksichtigt gelassen worden war, nämlich auf das Nagelbett. In demselben fand S. einen aufserordentlichen Reichtum an elastischen Fasern, wie kaum in einem anderen Körperteile. In den tieferen Schichten bildeten sie ein horizontales, grobmaschiges, von dicken Fasern bestehendes Netz, von dem in schiefer Richtung nach oben Bündel abgehen. Im retikulären Teile des Corium gehen diese Bündel wieder auseinander, zerteilen sich und bilden ein zweites, bedeutend feineres, schrägeres Netz, von dem ebenfalls Fasern abgehen, die sich in den Papillen verlieren. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Frage nach dem Ursprung der Schuppen der Säugetiere, von MAX WEBER. (*Anat. Anzeiger.* 1893. No. 18 u. 19.) Verfasser polemisiert in sehr milder Form gegen die in dieser Zeitschrift referierte Arbeit von ROESNER. Ohne des letzteren auf Gürteltiere sich erstreckenden Untersuchungen angreifen zu wollen, betont Verfasser nochmals, dafs die Hornschuppen der Säugetiere Homologa der Schuppen der Reptilien und von diesen ererbt, nicht als sekundäre Anpassungserscheinungen aufzufassen sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Verhältnis der Säugetierhaare zu schuppenartigen Hautgebilden, von C. EMERY. (*Anat Anz.* 1893. No. 21. 22.) Verfasser betrachtet die Haare nicht als mit Schuppen und Federn homolog, sieht aber in diesen verschiedenen Horngebilden Substitutionsderivate der verschiedenen Elemente des Hautskelettes der Fische. Die Knochengebilde sind durch Horngebilde substituiert. Es wird nun der Beweis geführt, dafs die Haare primitiv nicht zwischen oder hinter den Schuppen, sondern in der Mitte derselben gestanden haben, jede Schuppe primitiv nur ein Haar getragen hat, die drei- und mehrgliedrigen Haargruppen sekundär, die Wollhaare tertiär zu stande kommen. Sind die Haare aus den Hautzähnen entstanden, dann sind die mit ihnen verbundenen Drüsen von den zu jenen Zähnen in Beziehung stehenden abzuleiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über normale und pathologische Pigmentierung der Oberhautgebilde. Vorläufige Mitteilung von cand. med. Post. Aus dem pathologischen Institut in Königsberg i. Pr. (*Anat. Anz.* 1893. No. 17.) Die Arbeit ist die Folge einer Preisaufgabe der medicinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr., welche lautete: „Es sollen Untersuchungen angestellt werden über die normale und pathologische Pigmentierung der Oberhautgebilde“. Die Resultate sind:

1. Pigment bildet sich in den Oberhautzellen, unabhängig von Pigmentierung der mesodermalen Teile. Beweise: a) Bei der Entwickelung tritt zuerst Pigment im Ektoderm auf. Die Kopfhaut eines $4^1/_2$ Monate alten Embryo zeigte alle Entwickelungsstufen der Haare vom Epithelzapfen bis zum Haarschaft. Nur die am weitesten entwickelten Haare enthalten Pigment in den Matrixzellen, Papillen und Haarbälge sind frei von Pigment. Beim Haarwechsel in der Kopfhaut des Neugeborenen tritt Pigment in den neuen Haaranlagen zuerst im Epithel auf, ebenso in jungen Cilien. Epilationsversuche an zwei Meerschweinchen und einer Katze ergaben das Gleiche: für sich regenerierende Haare Bei Regeneration der Federn bei Tauben, täglich verfolgt, fand sich bis zum sechsten Tage in der Pulpa keine Spur von Pigment, während vom vierten Tage ab das bis dahin sehr spärliche Pigment im Epithel sehr zunahm. b) Die Form des ektodermalen Pigments ist stäbchenförmig, diejenige des bindegewebigen mehr rundlich körnig. Haare und Farben haben grofse Pigmentstäbchen, die man auch in der Mamilla, dem Scrotum, der Linea alba, in Naevis findet.

2. Das Pigment entsteht in den epidermoidalen Gebilden teils in verzweigten Zellen, die sich aus Oberhautzellen entwickeln, teils in den basalen Retezellen. Aus ersteren wird Pigment in die verhornenden Zellen der Oberhautgebilde übertragen. Die Entwickelung verzweigter Pigmentzellen aus Oberhautzellen wurde vornehmlich an Federkeimen verfolgt. Es treten im Epithel grofse Zellen mit hellem, reichlichem Protoplasma und wurzelmäfsigen Formen auf, die alle Übergänge von pigmentfreien Zellen zu Pigmentballen zeigen; lange Ausläufer gehen zu den peripher gelegenen Nebenstrahlenzellen. In diesen Pigmentzellen des Epithels kann man auch Mitosen nachweisen. Ähnliches wurde an Haaranlagen beobachtet.

3. Das Pigment des Bindegewebes ist teilweise aus dem in den Oberhautzellen gebildeten abzuleiten. An zehntägigen Federkeimen, wie nach der Epilation von Haaren konnte Pigment im Bindegewebe nachgewiesen werden, welches nach Lage und Beschaffenheit aus der Oberhaut stammte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verteilung der Pigmentkörnchen bei der Karyokinese, von Josef Nusbaum-Lemberg. (*Anat. Anz.* 1893. No. 20.) Bei der Untersuchung junger Embryonen der Rana temporaria beobachtete Verfasser in vielen Ento- und Mesoblastzellen eine regelmäfsige und interessante Verteilung der Pigmentkörnchen. In den ruhenden Zellen sind sie unregelmäfsig verteilt, jedoch mehr an der Peripherie angesammelt. Im Kernspindel- und Diasterstadium ist die peripherische Anordnung noch ausgesprochener; sobald die Tochtersterne auseinanderzuweichen beginnen, häuft sich das Pigment in der Aquatorialebene, anfangs einen Ring, später eine dickere Scheibe bildend, die sich immer mehr verdichtet, mehr eine Pigmentplatte bildet. In dieser tritt dann eine sehr feine pigmentlose Scheibe auf, indem die Pigmentkörnchen gegen die Pole etwas entweichen; in dieser begrenzen sich die Zellleiber. In der jungen Zelle ist das Pigment also an der einen Seite derselben peripherischer gelegen, jedoch zerstreut sich dasselbe bald wieder über die Zelle. In echten Pigmentzellen ist diese reguläre Verteilung der Körnchen nicht zu sehen, weil der Pigmentgehalt wohl ein zu grofser ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Erzeugung von Nagelstoff an Händen und Füfsen berichtete der kürzlich verstorbene Physiologe JAC. MOLESCHOTT nach Beobachtungen an seiner eigenen Person, dafs die Füfse um etwa ein Viertel weniger Nagelmasse erzeugen, als die Hände. In der warmen Jahreszeit wird im ganzen mehr Nagel gebildet, als in der kalten. Rechte und linke Seite verhalten sich in Bezug auf die Mengen ziemlich gleich. Im frühen Mannesalter wird mehr Nagel gebildet, als im späteren. Hände und Füfse erzeugen in 24 Stunden durchschnittlich 9,2 mg Nagel, was für das Jahr von 365 Tagen 3,43 g ergeben würde. (*Dtsch.-Amerik. Apothekerztg.* 1893. No. 7.)

A. Straufs-Barmen.

Absorption durch die Haut, von BOURGET. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* No. 9. 1893.) B. hat zahlreiche Versuche über Absorption der Salicylsäure (10 %) in verschiedenen Vehikeln angestellt. Mit Glycerinstärke und Vaselin wird so zu sagen nichts resorbiert; mit Axungia ist hingegen die Absorption eine sehr beträchtliche; ihr Maximum wird aber erreicht bei Zusatz von 10 % Lanolin und 10 % Terpentinöl zum Schweinefett. Verfasser konnte auf diese Weise bis 0,8 Acid. salicyl. in 24 Stunden im Harne nachweisen. Klinisch manifestiert sich diese wichtige Thatsache in Fällen von akutem Gelenkrheumatismus durch Verschwinden der Schmerzen nach den ersten Einreibungen; Fieber und Schwellung fallen in den ersten fünf Tagen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Hygiene.

Zur Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von MENNO HUIZINGA. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 797.) Verfasser, ein entschiedener Gegner der staatlich überwachten Prostitution, schlägt zur Eindämmung der Syphilis ein Mittel vor, das an Querköpfigkeit mit dem besten Willen nicht mehr übertroffen werden kann: Jeder Coitus soll eo ipso eine nur vom Richter zu lösende Verbindung der Ausübenden — also deren Ehe — zur Folge haben! *Türkheim-Hamburg.*

Die Prostitution in Amerika, von M. BAUDOUIN. (*Progrès méd.* 1893. No. 41.) Verfasser hat die Vereinigten Staaten in ihrer ganzen Breite bereist und teilt nun in kurzen Zügen (als beobachtender Reisender und keineswegs als Mediziner) die Eindrücke mit, die er speziell von der dortigen Prostitution gewonnen hat, und vergleicht sie mit den französischen Verhältnissen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die mikroskopische Untersuchung der Sekrete bei der sanitäts polizeilichen Kontrolle der Prostituierten, von H. FLATTEN. (*Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med.* 1893. Bd. VI). Verfasser verlangt eine bakteriologische Untersuchung der Urethral- und Genitalsekrete bei den Prostituierten; es finden sich bei scheinbar gesunden Dirnen Gonokokken, es findet sich andererseits Fluor ohne Gonokokken. Zur Vorsicht sollen die Prostituierten vor der Untersuchung einige Stunden im Warteraume isoliert werden, damit sie nicht durch Urinieren und Spülung die Sekrete entfernen können. Die Entnahme des Sekretes mufs natürlich mit allen Kautelen geschehen. Die bakteriologische (i. e. mikroskopische) Untersuchung kann, sobald erst mehrere Untersuchungen negatives Resultat ergeben, nur alle 2—3 Wochen vorgenommen werden. Das Kulturverfahren kommt seiner schweren Ausführbarkeit wegen nur selten in Frage. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Quellen der Eiterung, von S. STRICKER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 47.) An der Hand von mittelst des Skioptikons vorgeführten Präparaten von

entzündeten Hornhäuten von Katzen setzt STRICKER seine bekannten und jetzt zum grofsen Teile immer mehr anerkannten Ansichten über die Entstehung der Eiterung auseinander. Der Vortrag, gewürzt durch die Vorführung geistvoller Gleichnisse, wird in seiner Originalität wohl nur übertroffen durch die Vorzüglichkeit der Vorführung der Präparate, in der STRICKER ja ein unübertroffener Meister ist; wer dieselbe auf Naturforscherversammlungen gesehen, wird sie nie vergessen. Es gipfelt die STRICKERsche Lehre, die auch der VIRCHOWschen entspricht, im Gegensatz zu der COHNHEIMschen von der Unveränderlichkeit der Hornhautzellen bei bestehender Entzündung in der Annahme, dafs die Eiterkörperchen nicht aus den Blutgefäfsen, sondern von den Gewebszellen abstammen. STRICKER setzt nun historisch auseinander wie der Beweis der Zell- und Kernteilung für seine Lehre ins Gewicht fällt und von ihm geführt und demonstriert ist, wie diese Lehre im Konflikt steht mit der Annahme der Saftkanäle, und welche Rolle das Infiltrat spielt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Entzündung und Chemotaxis, von P. G. UNNA. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 20.) Weder die VIRCHOWsche Lehre von der aktiven Thätigkeit der Zelle, noch die COHNHEIMsche von der Schädigung der Gefäfswände löst die Rätsel der Entzündung. Als allgemeines, umfassenderes pathologisches Prinzip, welches einigermafsen die Proteusnatur der Entzündung erklärt, erscheint UNNA die Chemotaxis, wie sie PFEFFER und LEBER studiert. Die Vorgänge bei der Impetigo-BOCKHART sind, wie UNNA an anderer Stelle gezeigt, allein durch die leukotaktische Wirkung der weifsen und gelben Staphylokokken zu erklären; die Annahme einer Gefäfsschädigung ist hier weder zu beweisen, noch nötig. Die Leukocyten werden nicht hinausgestofsen aus den Gefäfsen, sondern angelockt, es hat also eine Versetzung der Angriffspunkte bei den hier in Wirksamkeit tretenden mechanischen Kräften stattgefunden, dadurch wird aber manche Unklarheit hinweggeräumt, wie man zunächst an den Bläschenkrankheiten zeigen kann. Das akut entstehende Ekzembläschen wird durch die Morokokken hervorgerufen, wie die Impetigopustel durch die Staphylokokken; jedoch bestehen erhebliche Unterschiede. Die Staphylokokken bilden traubenförmige Herde zwischen Eitertropfen und Horndecke, die Morokokken bilden Diplokokken und maulbeerförmige Herde, die sich gleichmäfsig im Eiter verteilen und von den Leukocyten aufgenommen werden. Eine weitere Reihe von Differenzen zeigt, dafs durch die Morokokken neben den Leukocyten grofse Mengen Serum angelockt werden. An dem Präparate eines anderen Bläschens sieht man dagegen, dafs dasselbe nur Serum, gar keine Leukocyten enthält; man mufs annehmen, dafs diese geradezu abgestofsen sind. Dafs die chemotaktische Auslese der ungeformten Blutbestandteile in jedem Falle eine besondere ist, beweist ein vierter Fall, bei dem in dem Bläschen zentralkleine Traubenkokken liegen, der Bläscheninhalt aber ganz aufserordentlich fibrinhaltig ist; es handelt sich hier also nur um eine Anlockung fibrinogener Substanz. Es sind das also vier verschiedene Bilder, die die leukotaktische, leukoserotaktische, serotaktische und leukofibrinotaktische Kraft von verschiedenen Bakterien, resp. ihren Stoffwechselprodukten illustrieren. Auch an anderen Hautentzündungen lassen sich, wenn auch nicht so klar, dieselben Verhältnisse demonstrieren.

Hervorzuheben ist die Formwirkung der Mikroorganismen, welche erst die Beeinflussung der Cutiselemente durch Hornelemente verständlich machen. Das Prinzip der Chemotaxis greift auch bei der speziellen Lehre der Entzündung fördernd ein, die Auslese der Exsudation erklärt uns das Verhältnis der Eiterungen zu den anderen Entzündungsformen. Auch die hämorrhagischen Dermatosen sind jetzt unter neuen Gesichtspunkten zu durchforschen. Die COHNHEIMsche Gefäfsschädigung läfst sich als sekundäre, durch die chemotaktische Exsudation bedingte leicht erklären. Die Verlangsamung der Blutströmung ist ebenso verständlich durch die Zugkraft der Chemotaxis;

das Blut wird fixiert, und zwar um so mehr, je mehr flüssige Bestandteile angezogen werden. Die entzündliche Hyperämie unterscheidet sich demnach sehr bedeutend von der nervösen, wird mehr analog der Stauungshyperämie. Die chemische Auslese giebt uns auch eine scharfe Definition der Begriffe „Exsudat" und „Transsudat", da ersteres die Folge einer Chemotaxis, das Transsudat aber ein physikalisch bedingter Übertritt von Bestandteilen der Blutflüssigkeit aus der Blutbahn ins Gewebe. Die Entzündung wäre vorläufig also zu definieren als „eine Gewebsstörung (progressive oder regressive, exsudative, proliferative oder nutritive), bewirkt durch Austritt von Exsudat aus den Blutgefäfsen infolge der Anwesenheit eines chemotaktisch wirksamen Körpers im Gewebe".

Jessner-Königsberg i. Pr.

Untersuchung über Entzündungen infolge der Einwirkung des Sonnenlichtes, von Niels F. Fujsen. (*Sem. méd.* 1893. No. 59.) Zur Prüfung der durch das Sonnenlicht auf der Haut bewirkten Läsionen benutzte Verfasser Kaulquappenschwänze. Die Tiere wurden zwei Tage im Dunkeln gehalten und dann den Strahlen der Junisonne ausgesetzt, indem der ganze Körper in Papier eingewickelt wurde; nur der Schwanz blieb frei. Durch Befeuchtung mit Wasser wurde die Wirkung der Wärmestrahlen aufgehoben (? D. Ref.). Man sah dann die Cirkulation sich verlangsamen, Leukocyten und extravasierte rote Blutkörperchen neben den Kapillaren auftreten. Auffallend war, dafs die ovalen roten Blutkörperchen eine runde Form annahmen. Eine Zusammenziehung des Protoplasmas unter Einwirkung des Sonnenlichtes sah schon Auerbach bei Froscheiern, Engelmann auf der Netzhaut.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Russelschen Fuchsinkörperchen, von E. Rossi. (*Rif. med.* 1893. No. 260.) Verfasser fand die genannten Gebilde unter 14 Fällen von Carcinom verschiedener Organe zehnmal; aufserdem aber in zwei Fällen von Lungentuberkulose (von drei) und ein Fall von Riesenzellensarkom (von drei). Dieser Befund dürfte somit die Ansicht Russels über die Spezificität seiner Fuchsinkörperchen für Carcinom bedeutend erschüttern. Rossi hält sie eher für Degenerationsprodukte, vielleicht hyaliner Art. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Russelsche Fuchsinkörperchen und Goldmannsche Kugelzellen, von K. Touton. (*Virch. Arch.* 1893. 132. Bd.) Das Material zu der vorliegenden Untersuchung lieferten Hautsarkome und Carcinome. Es handelt sich um kugelige Einlagerungen in im Bindegewebe gelegenen Zellen und um freie Kugeln in den Gefäfsen mit bestimmten Farbreaktionen. Neben den früher angegebenen Färbemethoden (Eosin und Safranin) hat sich die Weigertsche Fibrinmethode, besonders kombiniert mit Alaunkarmin oder Boraxkarmin, als Reagens bewährt. Geeignet ist auch Ehrlichs neues Farbegemisch (125,0 wässerige gesättigte Lösung von Orange und Methylgrün, 125,0 gesättigte Lösung von Säurefuchsin in 90%igem Alkohol, 75,0 Alcoh. absolut.) Die Kugeln liegen im Bindegewebe stets intracellulär und intraprotoplasmatisch, ferner im Lumen dilatierter Kapillaren und kleiner Venen, selten auch in kleinen Arterien. Russel hatte die Kugeln für Sprofspilze gehalten, was Klein schon widerlegte, der dieselben für identisch mit den in Fettassimilation begriffenen Altmannschen Zellgranulis erklärte. Goldmann betrachtet die Kugelzellen als nahestehend den Flemmingschen tingiblen Körpern und den von Heidenhain im Darm von Meerschweinchen und Fröschen gefundenen Phagocyten. Nach seinen Befunden will der Verfasser diese, vielleicht auch in wandernden Leukocyten vorkommenden Kugeln als aus dem Blute hervorgegangen betrachten, und zwar aus einer in den Blutgefäfsen vorhandenen, homogene (hyaline) Thromben bildenden Substanz. Störungen der Cirkulation und Alteration der Blutbeschaffenheit bedingen die Bildung von Kugeln; zu den ersteren

gehören. Stauungen und Thrombosen, welche durchaus nicht an denselben Stellen vorhanden sein müssen, wie die Kugeln. Verfasser hält die Kugeln, wie Goldmann, nicht einfach für Erythrocyten oder Bruchstücke derselben, und die Kugelzellen nicht für blutkörperhaltige Zellen, glaubt aber, dafs die roten Blutkörperchen beteiligt an dem Aufbau der sie bildenden Substanz sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blutfülle der Haut und Schwitzen, von Max Levy. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1892. No. 1 u. 2.) Verfasser untersuchte die nach Durchschneidung der Ischiadici und längerer, wenigstens $3^1/_2$ Stunden dauernder Konstriktion der Extremitäten bei Katzen zu beobachtende, postanämische Schweifssekretion. Er sucht sie zu erklären durch die Rückwirkung des wiedereinströmenden Blutes auf das Drüsenparenchym. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Ursache der Anämie und die Veränderungen des Blutes, hervorgerufen durch Harnsäure, von A. Haig und D. M. Oxon. (*The Brit. med. Journ.* 23. Sept. 1893.) Die Verfasser führen durch Experimente an sich selbst und an anderen Personen den Nachweis, dafs Anämie sehr häufig gleichzeitig mit der Ausscheidung eines stark harnsäurehaltigen Urins einhergehe. Da in zahlreichen Fällen von Chlorose oder Anämie, namentlich bei jungen Frauen, gleichzeitig eine mehr oder weniger starke Dyspepsie besteht, so glauben die Verfasser, dafs diese Dyspepsie übermäfsig viel Harnsäure ins Blut übertreten läfst, und dafs die letztere dann zur Zerstörung resp. Verminderung roter Blutkörperchen führe und die Anämie hervorrufe. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Absorption durch die Harnwege, von Bazy. (*Progrès méd.* 1893. No. 48.) Im Gegensatze zur bisherigen Ansicht, dafs nur die ihres Epithels beraubte, nicht aber die gesunde Schleimhaut der Harnwege resorptionsfähig sei, hat B. experimentell das Resorptionsvermögen der Blasenschleimhaut nachgewiesen. Er injicierte Tieren chemische Gifte, sowie toxische Produkte von Mikrobien und Kulturen von solchen in die Harnblase und fand (vorausgesetzt, dafs die Dosen hoch genug und das Gift für die betreffende Tierspezies wirklich toxisch war), dafs Kokain, Strychnin und Blausäure sehr rasch, Belladonna, Curare und Pilokarpin viel langsamer Kaninchen töteten, letztere wahrscheinlich erst durch Erzeugen von Ernährungsstörungen im Epithel. Wasser scheint ebenfalls resorbiert zu werden. Von den mikrobischen Giften erwiesen sich als toxisch für das Kaninchen der Pneumococcus, der Vibrio septicus und die pyrogene Substanz Charrins.

Die Urethralschleimhaut resorbiert ebenfalls sehr lebhaft, weniger die Schleimhaut der Ureteren. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pharmakologie.

Über die therapeutische Eigenschaft des Aristols, von L. J. E. Keller. (*Thèse,* Paris. 1893.) K. fafst seine sehr ausführliche Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Aristol ist ein Präparat von bestimmter Zusammensetzung, aber zersetzlich, welcher Umstand seine Verwendung wesentlich einschränkt und sorgfältigste Aufbewahrung erfordert.

2. Es wird vom Organismus nicht absorbiert und ist deshalb nicht toxisch.

3. Infolgedessen läfst sich auch kein Jod im Urine nachweisen, vorausgesetzt, dafs ein tadelloses Präparat verwendet wurde.

4. Es ist völlig geruchlos, weshalb es in vielen Fällen dem Jodoform vorzuziehen ist.

5. Es wirkt gut bei skrophulösen und syphilitischen Ulcerationen; bei Lupus und Epitheliom ist seine Wirkung zweifelhaft.

6. Es mildert die Schmerzen und vermindert die Hämorrhagien beim Epitheliom des Uterushalses, vermag aber den Gang des Prozesses nicht einzuschränken.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Experimentelle Untersuchungen über das Schicksal der Arsensäure im Organismus, von Severi. (*Rif. med.* 1893. No. 258/59.) Verfasser kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die in toxischer Dosis in den Körper des Hundes per viam subcutaneam eingeführte Arsensäure verläßt denselben größtenteils unverändert durch den Harn.

2. Die Elimination der Arsenite beginnt gleich nach der Injektion, ist am intensivsten nach den ersten Stunden der Intoxikation und dauert höchstens 3—4 Tage an.

3. Bei schwachen, täglich wiederholten Dosen lassen sich keine Spuren von Arseniaten im Urine nachweisen.

4. Nach hohen, in Zwischenräumen von 12—14 Tagen administrierten Dosen findet eine ziemliche Verlangsamung der Elimination der Arsenite statt.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Severi giebt (*Rif. med.* 1893. No. 263) folgendes Verfahren an zur **Trennung der Säuren von Arsenikverbindungen in organischen Flüssigkeiten:** Die Flüssigkeit (Harn etc.) wird mit Essigsäure, 1:40—50, versetzt, hierauf bei 70° C. tropfweise eine gesättigte Lösung von Uran-Acetat hinzugebracht, bis ein Überschuß dieses Salzes vorliegt (Reaktion mit gelbem Blutlaugensalz). Beim Erkalten bildet sich ein Niederschlag, welcher die Phosphate, und eventuell die Arseniate enthält, letztere mit dem Uran kombiniert. Das Präcipitat wird auf dem Filter sorgfältig mit Essigsäurelösung (1 : 50—60 aqua) ausgewaschen, bis alles Uran entfernt ist. Hierauf wird der Niederschlag mit verdünnter HCl vollständig gelöst, welche Lösung ganz klar sein muß. Durch diese Lösung wird während längerer Zeit H_2S geleitet und das Ganze auf 24—36 Stunden stehen gelassen. Die quantitative Bestimmung des As, wenn solches vorhanden war, wird aus der S-Verbindung gemacht. Zum qualitativen Nachweise genügt die Untersuchung der HCl-Lösung im Marshschen Apparate.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Zur Technik der subkutanen Arseninjektionen, von Dr. Saalfeld. (*Therap Monatsh.* 1893. Heft 10.) Saalfeld empfiehlt, vor der Injektion von arsenigsauren Salzen das zur Verwendung kommende Quantum aufzukochen. Es lassen sich dann Abscesse vollkommen vermeiden, die sonst trotz der peinlichsten Antisepsis bisweilen vorkommen. *L. Hoffmann-Berlin.*

In ihren Untersuchungen über die **mikrobiciden Eigenschaften des Gallanols** kommen Cazeneuve, Rollet und Nicolas zu folgenden Resultaten:

1. In großen Mengen hebt das Gallanol das Leben der Mikroorganismen vollständig auf.

2. In schwächeren Lösungen (2‰) zerstört oder vermindert es die Vitalität einzelner Mikrobien, während andere unbeeinflußt bleiben.

3. In sehr schwachen Lösungen (1‰) vermag es die Vitalität der Mikroorganismen nicht mehr zu schwächen, hebt aber ihre pathogenen Eigenschaften auf.

Das Präparat hat sehr wertvolle Dienste bei verschiedenen Hautaffektionen (Ekzem, Psoriasis, Favus etc.) geleistet und ist gänzlich ungefährlich. (*Lyon méd.* 1893. No. 45.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Das Ichthyol bei der Behandlung der Haut- und venerisch-syphilitischen Affektionen, von R. Segré. (*Atti dell' Associaz. Medica Lombarda.* 1893. No. 1.)

Verfasser, der über ein grofses Versuchsmaterial verfügte, fand, dafs die Wirkung des Ichthyols im allgemeinen eine weit bessere war bei Hautaffektionen, als bei venerischen. Gemäfs seiner analgetischen, ischämisierenden und auflösenden Eigenschaften leistete es sehr Gutes beim Ekzem in allen Stadien und Formen; in den chronischen jedoch wurde es durch die Teerpräparate übertroffen. Auch kam es hie und da zur Bildung von Dermatitiden, die aber nach Aussetzen des Mittels gleich verschwanden.

Bei Psoriasis, Ichthyosis, exfoliativen Dermatitiden wirkte es zwar günstig als schuppenlösendes Agens, weniger aber gegen die Affektion selbst, weshalb ihm regelmäfsig energischere Mittel vorgezogen werden mufsten.

Ausgezeichnet war der Erfolg der Ichthyoltherapie bei den verschiedenen Akne formen, in denen es in starken Konzentrationen (30—50%) zur Anwendung kam Ebenfalls gute Dienste leistete es bei Intertrigo, Zoster, Pernio, Erythema multiforme, Skrophuloderma.

Ein Ulcus cruris bei einem Mädchen wurde durch Ichthyol (in Pflaster) nicht beeinflufst.

Ein anderes Mädchen mit multipler Lymphadenitis, das vergebens mit Jodpräparaten behandelt worden war, gelangte verhältnismäfsig rasch zur Heilung mit Ichthyol intus et extra.

Bezüglich der innerlichen Anwendung des Ichthyols gelangte Verfasser zur Überzeugung, dafs diese bei weitem nicht so energisch wirke als die äufserliche.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Erfahrungen über die Wirkung des Ichthyols bei äufserlicher Anwendung, von Karl Ullmann, Assistent a. d. polikl. Abteilung des Univers.-Docenten Dr. H. v. Hebra in Wien. Anwendungsweisen:

1. In wässerigen Lösungen von 1—15% ohne oder mit Zusatz von 5—10% Glycerin.
2. In alkoholischer Lösung von 10—15% mit oder ohne Zusatz von Äther sulfur., Sulfur sublim., und zwar als Einreibungs- oder Pinselungsflüssigkeit.
3. In Salbenform, mit Glycerin, Lanolin oder Glycerinsaponat, Konzentration 5—20%.
4. Als trockener Firnis; mit ganz aufserordentlichem Erfolge bewährte sich das Kohnsche Epidermin.

Bei schuppendem Eccema chronicum bewährten sich Ichthyolsalben und Ichthyolpulver. Insbesondere schwanden sehr rasch die subjektiven Symptome. Wo Teer heftig reizte, wurde Ichthyol vertragen.

Gegen Eccema intertrigo wird 5—10% Ichthyol-Epidermin empfohlen, gegen Acne vulgaris und varioliformis folgende Lösung:

℞ *Alkohol*	20,0
Äther	10,0
Ichthyol	5,0

Die Pusteln täglich mehrmals zu bepinseln.

Bei hartnäckigeren gröfseren Knoten wirkt sehr gut als Schälpasta:

℞ *Magist. Bismuti*	
Mercur. praecip. alb.	
Ichthyol	āā 2,0
Epidermin (*c. Ungt. emollient.*)	20,0

Über Nacht auf jeden einzelnen Knoten aufzutragen.

Die vielgerühmte spezifische Wirkung des Ichthyols gegen Erysipel, auch gegen Phlegmonen, Lymphangitis wird von U. bestätigt, desgleichen gegen Ulcus cruris in Form von Kataplasmen.

Hervorzuheben ist die vortreffliche Wirkung des Ichthyols bei Acne rosacea (10% Ichthyol-Epidermin), bei Gelenksdistorsionen (Ichthyol Kataplasmen oder fette Salben, besonders verwertbar in der Militärpraxis), bei Verbrennungen und Erfrierungen, bei Pruritus und Prurigo, sowie allen mit Jucken, Parästhesien und Hyperästhesien einhergehenden Hautaffektionen. Der Geruch kann durch 2—5% Cumarin oder 1—2% Ol. gaulther. ziemlich gut verdeckt werden, soweit es die Empfindlichkeit der Haut gestattet.

Wesentliche Vorzüge des Ichthyols bei akuten und chronischen Urethritiden vor anderen Mitteln kann U. nicht finden. (Diesem Urteile kann Referent nur zustimmen.)

Zu erwähnen ist, dafs bei Prostatabeschwerden nach Urethritis posterior folgende Stuhlzäpfchen sich vortrefflich bewährten (was Referent bestätigen kann):

℞ *Ichthyol* 1,5
Extr. Bellad. 0,15
Butyr. Cacao 15,0
mf. massa, ex qua form. Supp. No. X.
Nach Stuhlentleerung einzuführen.

Als eine gut und schnell wirkende Behandlungsmethode der akuten Vaginal-Blennorrhoë wird die folgende bezeichnet: Einmalige vollständige Bepinselung der vorher mit Sublimatlösung (1:1000) ausgespülten Schleimhaut mit 50% Ichthyolglycerin, darauf Tamponade mit aseptischen Gazetampons. Dieselben werden bei vollständiger Ruhe der Patienten nach zwei bis drei Tagen entfernt. Darauf Irrigationen und Einschieben stark angesogener (10%) Ichthyol-Gazetampons bei täglichem Wechsel.

Auch bei Blennorrhoea cervicis et endometrii, sowie bei Para- und Perimetritis leistete die Ichthyolbehandlung sehr gute Dienste.

A. Straufs-Barmen.

Über die antiseptische Kraft des Ichthyols, von Rudolf Abel (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1893. No. 13.) Nach einem Überblick über die Eigenschaften und Wirkungen des Ichthyols giebt Verfasser die Resultate der Prüfung auf seine antiseptische Kraft. Als Methode wurde die von Loeffler bei der Untersuchung über die Widerstandsfähigkeit der Diphtheriebacillen benutzte verwendet, indem die Kulturen mit den Ichthyollösungen übergossen wurden. Die üblichen Methoden kamen zur Kontrolle zur Anwendung. Da sich in den Ichthyollösungen Bakterien fanden, mufste mit sterilisierten Flüssigkeiten gearbeitet werden; die Sterilisierung that der antiseptischen Kraft keinen Abbruch. Die Ergebnisse sind:

1. Die Ichthyolpräparate sind im stande, bereits in schwachen Lösungen und kurzer Zeit die pyogenen Streptokokken und die Erysipelstreptokokken sicher abzutöten. Die Wirkung der verschiedenen in den Handel gebrachten Präparate ist ziemlich genau die gleiche. Bei Erysipel und Streptokokkeneiterungen wird sich demnach Ichthyol — wie es die Erfahrung auch schon gelehrt hat — mit Erfolg anwenden lassen.

2. Der Staphylococcus aureus und albus, der Bacillus pyocyaneus, Bacillus typhi, ozaenae et anthracis, das Spirillum cholerae asiaticae besitzen mehr oder weniger grofse Resistenz gegen Ichthyol, die selbst im Mindestfalle noch so bedeutend ist, dafs reines Ichthyol stundenlang einwirken mufs, um die Organismen in Kulturen zu vernichten. Dasselbe läfst sich für diese Organismen in keiner Weise den gebräuchlichen Antisepticis an die Seite stellen.

3. Der Diptheriebacillus wird in frischen Ansiedelungen von schwachen Ichthyollösungen abgetötet, während ausgebildete Herde schwer beeinflufst werden. Wenn sich das Ichthyol zur Therapie der Diphtherie auch nicht eignete — was immerhin

eines Versuches wert wäre —, so kann es doch wohl zur Prophylaxe der Diphtherie (in Gurgelungen und innerlich) zweckmäfsig Verwendung finden.

4. Das Ichthyol hat bei der Behandlung des Typhus und der Ozaena gute Dienste geleistet, trotzdem es deren Erreger nur schwer unschädlich machen kann. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dafs auch Infektionen durch die anderen, unter 2 genannten Infektionskrankheiten von Ichthyol günstig beeinflufst werden können, wobei man wenig von seiner antiseptischen Wirkung, die Hauptsache von seinem Einflusse auf den Organismus selbst, erwarten darf.

5. Es empfiehlt sich, das Ichthyol nur in Substanz oder in 50%iger Lösung aufzubewahren und erst vor dem Gebrauche stärkere Verdünnungen mit allen Kautelen anzufertigen. Schwache Lösungen können pathogene Keime, wie z. B. Staphylococcus aureus, längere Zeit enthalten, und man läuft Gefahr, durch die Anwendung derselben Infektionen hervorzurufen.

Schwache Ichthyolkonzentrationen, die vorrätig gehalten werden, müssen vor dem Gebrauche durch Aufkochen sterilisiert werden, was dieselben ohne Beeinträchtigung ihrer Wirksamkeit wiederholt vertragen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verwendung von Kristaline in der Dermatotherapie, von L. Phillips. (*Brit. Journ. of dermat.* Oktober 1893.) Kristaline ist der Name eines patentierten Firnisses, welcher in der Technik zum Überziehen von Metallgegenständen zum Schutze gegen das Anlaufen verwendet wird. Im wesentlichen handelt es sich hier um eine Auflösung von Schiefsbaumwolle in Xylol nebst einigen Nebeningredienzen, und in therapeutischer Beziehung dient es den gleichen Zwecken wie das Kollodiumi Seine Vorzüge sind: langsames Trocknen, dauerhaftere, vollständigere und durchsichtige Bedeckung, bedeutend billigerer Preis. Sublimat, Salicyl, Pyrogallus-Säure u. v. a. lösen sich darin leicht. Mit Zinkoxyd (2) und Ricinusöl (1) giebt Kristaline (8) einen nützlichen Firnis, dem zum Färben auch etwas Umbra, Bolus armenica, sowie Galme. zugesetzt werden können. Bei Tinea tonsurans, Verruca, Eccema marginatum, Lupus erythematodes, Akne etc. hat Verfasser das Mittel mit Erfolg gebraucht.

Wenn man Kristaline auf warmes Glas dünn ausgiefst, erhält man nach dem Erkalten feine Blätter, welche einmal als Verband, andererseits als Pauspapier sich sehr gut verwenden lassen. *Philippi-Nieheim.*

Adeps lanae, ein neues Salbenvehikel, von Dr. Goliner. (*Reichs.-Med.-Anz.* 1893. No. 23 u. 24.) Der Adeps lanae der Norddeutschen Wollkämmerei und Kammgarnspinnerei in Bremen ist zart, geschmeidig, mattgelb, salbenartig, enthält 0,5% Wasser, schmilzt schon bei 30° C. Mit Wasser bildet es eine weifse, gleichmäfsige Masse; man kann 100 Adeps lanae mit 370 Wasser vermischen. Der Adeps lanae besteht aus Cholesterinesthern, wird deshalb nicht ranzig; er löst sich leicht in Äther, Chloroform, Benzin, Aceton. Verfasser verwendete den Adeps lanae bei:

1. Psoriasis. Ein Fall wurde erfolgreich behandelt mit

Hydrarg. praecipit. alb.	2,5
Ol. olivar.	5,0
Adeps lanae	ad 50,0
Mf. ung.	

2. Ekzem. Ein Gesichtsekzem eines Kindes wurde behandelt zuerst mit

Adeps lanae	10,0		*Ung. zinc.*		
Ung. zinc. benzoat.	20,0	später mit	*Adeps lanae*		
Aq. Calcis	30,0		*Solut. calcii chlorat.*	āā	10,0
			Sulf. praecipit.		3,0

3. Prurigo. Ein Fall wurde gebessert durch

Ol. cadin.		5,0
Adeps lan.		
Ung. zinc.	ää	20,0
Solut. calcii chlorat.		40,0

4. Pemphigus. Ein Fall wurde mit derselben Salbe gebessert.

Aus dieser Kasuistik folgert Verfasser, dafs der Adeps lanae als Salbenconstituens besonders bei juckenden Affektionen sehr wertvoll ist.

(Ich bezweifle nicht, dafs der Adeps lanae ein brauchbares Präparat ist und wende demselben selbst meine Aufmerksamkeit zu, aber eine Kasuistik aus vier Fällen, betreffend vier verschiedene Leiden, beweist natürlich nicht viel. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den therapeutischen Wert der Kohlenwasserstoffe, speziell der oxygenierten Vaseline (Vasogene), von Professor Dr. Bayer-Brüssel. (*Dtsch. med. Woch.* 1893. No. 39.) Die oxygenierten, „wasserlöslichen" Öle von F. W. Kieur in Köln sind einfache, mit Sauerstoff imprägnierte Kohlenwasserstoffe „oxygenierte Vaseline". Ohne auf die chemischen und historischen Ausführungen, wie auf die Berichte über die Behandlung der verschiedensten Krankheiten mit diesen Vasogenen einzugehen, will ich hier nur das dermatologisch Interessante berichten. Die Öle haben eine dickflüssige Konsistenz, gelbbraune Farbe, reagieren schwach alkalisch und bilden mit Wasser eine beständige weifse Emulsion; Geruch und Geschmack sind nicht unangenehm. Sie imbibieren in ganz merkwürdiger Weise die Epithelschichten und sind daher sehr resorptionsfähig; eine Reihe wirksamer Substanzen: Kreosot, Kreolin, Chloroform, Kampfer, Menthol, Eukalyptol, Ichthyol und vor allem Jodoform sind in ihnen löslich. Zur Applikation auf der äufseren Haut erwiesen sich als besonders geeignet: Chloroform-Kampferöl, Ichthyolöl, Jodoformöl, Kreosotöl (20%); letzteres wurde auch bei Tuberkulösen mit besonders günstigem Resultate verwendet, wobei eine schnelle Resorption des Kreosots erfolgt. Menthol-Vasogen war als Ohröl von bester Wirkung; es erweicht die Ceruminalpfröpfe wie kein anderes Mittel. Die Präparate scheinen einer weiteren Nachprüfung wert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Resorbin und seine Verwendung als Salbengrundlage, von R. Ledermann. (*Allg. med. Centralz.* 1893. No. 92.) Verfasser suchte nach einer Substanz, welche ohne besonders kräftige Einreibung nur durch seine physikalischen Eigenschaften einen nennenswerten Fettgehalt in der Epidermis deponiert und nur eine geringe, für den Luftabschlufs genügende Fetthülle auf der Haut zurückläfst. Das Lanolin eignet sich wegen seiner Konsistenz und der selbst bei Verdünnung mit wässerigen oder öligen Substanzen nötigen intensiven Verreibung nicht dazu. Ein solches Fett ist Resorbin, eine Fettemulsion, welche kraft der extremsten Verkleinerung des Fettmoleküles leicht in die Haut dringt, deren Herstellung grofse Schwierigkeiten machte. Es wird aus Mandelöl, Wachs, Wasser und Zuhülfenahme eines geringen Procentsatzes von unschädlichen Bindemitteln (Leimlösung, Seifenlösung) bereitet. Resorbin ist mit allen Fetten mischbar und besonders vorteilhaft mit Lanolin zu kombinieren. Es besitzt eine aufserordentliche Penetrationskraft; geringe Mengen, unter gleichem Druck eingerieben, schwinden unter den Augen; die Haut bleibt für Stunden geschmeidig und elastisch. Eines Verbandes kann man entraten. Gleichzeitig wirkt das Resorbin kühlend, juckmildernd und entzündungswidrig.

Indikationen: 1. Alle Dermatosen, bei denen man einen Fettüberschufs der Haut zu inkorporieren wünscht, so bei Hyper- und Parakeratosen, Ichthyosis, schuppenden und krustösen Ekzemen, Skleroderma, Sklerom, Trockenheit der Haut, artificieller Dermatitis, zum Schutze der Hände der Chirurgen vor Applikationen der Antiseptica.

2. Zur Einführung von Medikamenten in die Haut: Chrysarobin, Teer, Naphtol, Perubalsam.

3. Für die Einführung von Medikamenten durch die Haut in den Körper, so vor allem für Hg. 33% Quecksilber-Resorbin mit Lanolinzusatz dringt leichter in die Haut, trocknet schnell. Die Inunktion soll eine weniger energische sein und aufhören, sobald die Haut einen grauen Spiegel zu zeigen beginnt. Die Resultate entsprechen den üblichen.

Das Resorbin mischt sich mit allen bekannten Medikamenten; bei einigen bedarf es allerdings besonderer Maſsregeln. — Es ist zum Patent angemeldet. Formeln:

Acid. salicyl. 2,0—5,0—10,0
Resorbin ad 100,0
(Zur Entfernung von Schuppen, Krusten bei Ekzem, Psoriasis, Pediculosis, Seborrhoe.)

Acid. boric. 4,0
Resorbin ad 100,0
(Ekzem, Rhagaden, aufgesprungene Hände etc.)

Flor. sulf. 10,0
Resorbin ad 100,0
(Kinderekzem, Seborrhoea sicca, Akne, Komedonen.)

Bismut. subnitr. 10,0
Hydr. praecip. alb. 5,0
Resorbin ad 100,0
(Chron. Kopf- und Gesichtsekzeme der Kinder, luetische Papeln im Gesichte und am Kopfe.)

Zinc. oxyd. alb. 30,0
Resorbin 70,0
(Eccema papulos. Intertrigo.)

Tumenol 5,0—10,0
Resorbin ad 100,0
(Stark juckende Ekzeme. Pruritus senilis.)

Resorcin 3,0
Resorbin 100,0
(Akne, Herpes tonsurans.)

Naphtol 10,0
Resorbin 100,0
(Scabies.)

Bals. Peruvian. 20,0—50,0
Resorbin ad 100,0
(Scabies.)

Arg. nitr. 1,0
Bals. Peruvian. 10,0
Resorbin 100,0
(Granulierende Wunden; Gonorrhoea chronica.)

Liquor. Alum. acet. 10,0—20,0
Resorbin ad 100,0
(Dermatitis artificialis.)

Ol. Ros. 5,0—10,0
Resorbin ad 100,0
(Chronisch infiltrierte Ekzeme; Dysidrosis.)

Europhen 1,0
Resorbin 20,0
(Balanitis erosiva; Wunden.)

Acid. pyrogall. 10,0
Resorbin 100,0
(Psoriasis. Lupus.)

Hydrarg. oxyd. flav. 1,0—2,0
Resorbin ad 100,0
(Chronische Blepharitis.)

Kal. jodat. 10,0
Jod. pur. 1,0
Resorbin 100,0
(Infiltrate. Bubo incipiens.)

Ung. hydrarg. ciner. c. Resorbino parat. 3,0—5,0
d. in charta cerata s. in globulis.
(Lues.)

Bezugsquellen: Hobers Apotheke, Dresdenerstraſse 31; Strauſs-Apotheke, Stralauerstraſse 47 (Berlin).

(Ohne auf die theoretischen Voraussetzungen eingehen zu wollen, möchte ich nur mich dahin äuſsern, daſs ich es stets bedaure, wenn die Mittel ihren Namen

nach der Funktion, nicht nach der Herkunft haben. Aufserdem ist der Beweis, dafs dieses Mittel den Namen „Resorbin“ verdient, durchaus nicht erbracht. Dazu bedarf es des experimentellen Nachweises, dafs mit demselben dem Körper zugeführte Mittel auffallend leicht resorbiert werden. Diese Experimente sind aber noch nicht gemacht; der vielsagende Name ist also nicht motiviert. Im übrigen mufs man die Ergebnisse weiterer Prüfung abwarten. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Alligatorin ist der etwas beängstigende Name des neuesten Konkurrenten des Lanolins in Amerika, welches Hayatt (Cincinnati) empfiehlt. Es ist Alligatorenfett, welches mit einer alkoholischen Lösung von Kalium verseift ist; dann wird Salzsäure zugesetzt und die entstehende Alligatorensäure mit Baumwollsamenöl gemischt. Diese Substanz ist mit fast allen Stoffen mischbar. (*La méd. moderne.*)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Traumatische Entzündungen.

Über das sogenannte Verbrennen der Haut, von Benedict Friedländer-Berlin. (*Biolog. Centralbl.* 1893. No. 15 u. 16.) Verfasser hat das Verbrennen durch die Sonnenstrahlen, das bekanntlich auf Höhen, zumal bei frisch gefallenem Schnee, eine Plage der Touristen bildet, an sich systematisch studiert. Während der Bestrahlung hat man nur ein nicht unangenehmes Wärmegefühl, das aber bei starkem Luftzuge fehlen kann; mindestens drei Stunden nachher beginnt eine oft sehr heftige Entzündung mit Rötung, Schmerz, zuweilen Bläschenbildung. Der Schmerz erinnerte den Beobachter an einen früher gehabten Herpes zoster. Die Entzündung läfst nach drei Tagen nach, dann schält sich die Haut, wird braunrot, braun, gelb. Die Pigmentierung blieb am Körper länger, als im Gesichte, sie war dort noch über ein halbes Jahr sichtbar. Solange sie vorhanden ist, ruft erneute Bestrahlung zwar stärkere Bräunung, aber keine Entzündung hervor. Diese Beeinflussung der Haut kann keine Wärmewirkung sein, sie rührt vielmehr von den stark brechbaren ultravioletten Strahlen her. (Die eingehenden Arbeiten über dieses Thema sind dem Verfasser nicht bekannt. D. Ref.) Hieran knüpft nun Verfasser die Vermutung, dafs das Licht einen heilenden Einflufs ausüben könne, besonders bei der Tuberkulose, dafs dabei die ultravioletten Strahlen die Hauptrolle spielen, und daher gerade das elektrische Bogenlicht vielleicht dazu verwendbar wäre. Der erste Gedanke ist ja schon in den bekannten „Sonnenbädern“ verwirklicht. Die Erfolge in Kurorten bei der Tuberkulose sind vielleicht auch dem Lichte zuzuschreiben. Vielleicht fällt die Anregung zu elektrischen Bogenlicht-Bädern bei Tuberkulose irgendwo auf fruchtbaren Boden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Tod nach ausgedehnten Hautverbrennungen, unter Anfügung von zwei Sektionsfällen, von Wilhelm Pflanz. (Inaug.-Dissert. Greifswald. 1893.) Die Dissertation enthält vor allem eine Übersicht über die bekanntlich sehr umfangreiche Litteratur über die Ursache des Verbrennungstodes; sonderbarerweise fehlen die Theorien von Lustgarten und anderen, welche denselben durch die Resorption giftiger, in den verbrannten Teilen gebildeter Stoffe (Ptomaine?) zu erklären versuchen und doch sicher viel für sich haben. Diese „chemischen“ Hypothesen finden überhaupt in der Litteratur wenig Berücksichtigung gegenüber den anatomischen. Die wiedergegebenen zwei Fälle sind: 1. Verbrennung II. Grades, Tod nach 14 Stunden; anatomische Diagnose: Combustio permagna; Pleuritis; Bronchitis; Gastritis; Infiltratio adiposa hepatis (ex potu!), Nephritis catarrhalis et interstitialis; Catar. Ilei follicularis 2. Ausgedehnte Verbrennung, Tod nach 2½ Monaten; anatomische Diagnose: Combustio externa; Transplantatio; Anaemia universalis; Phthisis inveterata pulmonis dextrae;

Pneum. catarrh. in stad. resolutionis; Synechiae pulmonis dextrae; Hyperplasia recens lienis; Nephritis parenchymatosa; Infiltratio adiposa et Icterus hepatis (ex potu!).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Wismutpaste bei Verbrennungen, von Dr. Osthoff-Zweibrücken. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 38.) Wismuth. subnitr. wird mit gekochtem Wasser zu einem Gemenge von der Konsistenz des Gipsbreies gerührt und mit einem Haarpinsel über sämtliche verbrannte Stellen gestrichen. Epidermisfetzen werden abgeschnitten, Blasen mit antiseptischer Seide durchnäht und deren Decke somit geschont. Es bildet sich alsbald eine vollkommen luftabschliefsende, trocknende Schicht, deren Sprünge und Risse von Zeit zu Zeit durch Aufpinseln frischer Masse ausgebessert werden. Manchmal heilen grofse Strecken von Verbrennungen zweiten Grades in 10—14 Tagen unter einem solchen Verbande. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Therapie des Unguis incarnatus, von Hübscher. (*Korr. f. schweiz. Ärzte.* 1893. No. 20.) Die Behandlung bezweckt: Entfernung des Nagels samt Bett und Verhinderung seiner Wiederbildung. Zur Abkürzung der Dauer der Wundbehandlung macht H. Thierschsche Transplantationen und verfährt in folgender Weise: Kokaininjektionen an der betreffenden Zehe und Anlegen eines Kompressionsschlauches an derselben, Spaltung des Nagels und Entfernung beider Hälften; Abtragen der Seitenteile des Falzes und Umschneiden seines hinteren Teiles, Anfrischung des ganzen Nagelbettes mit einem flachen Schnitte; Lösen des Schlauches und Stillen der Blutung durch Aufdrücken von Gazetampons; Auftragen eines dünnen Hautlappens aus dem Oberschenkel. Als Verband schmale, in Jodoformöl getauchte Staniolstreifen, Watte, gestärkte Gazebinde. Drei bis vier Tage Bettruhe, dann Verbandwechsel und zum Schutze gegen Schuhdruck während einiger Tage noch Jodoformgaze Kollodiumverband. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Keratosis der Handteller und Fufssohlen, wahrscheinlich als Folge von Arsenikgebrauch, von W. A. Hardaway. (*Brit. Journ. of derm.* Oktober 1893.) Ein 28jähriger Herr hatte seit den letzten vier Jahren neben Bromkalium täglich dreimal 0,24 g Fowlerscher Lösung wegen Epilepsie eingenommen. Seit mindestens 1½ Jahren zeigte die Haut an den Handtellern und Fufssohlen eine langsam zunehmende Verdickung und Braunfärbung, welche hier und dort an punktförmigen Stellen sich ins Dunkelbraune vertiefte. Bei genauerem Zusehen fanden sich die befallenen Oberflächen mit dunkler gefärbten, warzigen Erhebungen dicht besät, und beim Überstreichen empfand man auch ein körniges Gefühl. Die Handrücken waren mit mehreren gewöhnlichen Warzen besetzt. Verfasser glaubt, eine andere Ätiologie als den Arsenikgebrauch ausschliefsen zu können. *Philippi-Nieheim.*

Die Acne anthracoidea oder Dermatitis tuberosa jodica, von Legrand. (*Soc. d'Édit. scientifiq.*, 1893; nach *Rif. med.* 1893. No. 197.) Es bildet sich unter dem Einflusse der Jodmedikation zuerst ein akneähnliches Knötchen, das nach und nach bis zu einem Diameter von 1 oder 2 cm an Volumen zunimmt. Bei Fortsetzung der Jodkur entstehen eine ganze Zahl weiterer Knötchen, welche stellenweise konfluieren und breite Plaques bilden, von rundlicher Form, meist auf breiter Basis stehen, zuweilen aber auch am Grunde wie eingeschnürt erscheinen und wie Pilze aussehen. Ihre Oberfläche bedeckt eine meist weiche, adhärierende dunkelgelbe, oft schwarz gestreifte Kruste, unter der eine höckrige, meist ulcerierte, siebförmig durchlöcherte Fläche zum Vorscheine kommt, aus deren Öffnungen Eiter hervorsickert (ähnlich wie bei Anthrax). Von der Eruption wird vorzüglich, zuweilen ausschliefslich das Gesicht betroffen. Der Ausschlag tritt zuweilen schon am 8.—10. Tage der Jod-

behandlung auf, zuweilen aber auch viel später. Bei Aussetzen derselben heilt der Prozefs spontan. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Jodoformdermatitis, von Dr. Matschke-Wahlstatt. (*Therap. Monatsh.* 1893. Heft 10.) Verfasser beschreibt das Auftreten einer Jodoformdermatitis an sich selbst in vier ausgesprochenen Fällen, abgesehen von anderen kleineren Jodoformdermatitiden, die er durchgemacht hat. Die beiden ersten Male trat dieselbe auf im Anschlufs an Jodoformbehandlung von Mensurwunden im Gesichte, und zwar in dem einen Falle in recht erheblicher Weise. Die linke Gesichtshälfte war stark ödematös geschwollen, gerötet und mit gröfseren und kleineren Blasen bis zur Erbsengröfse bedeckt. Die Hände, welche mit dem Jodoform in Berührung kamen, zeigten dieselben Erscheinungen. Der dritte Fall ereignete sich bei Tamponade eines Abortes. Hier blieb der Ausschlag nicht auf die Hände beschränkt, sondern wurde bald auf das Gesicht übertragen, es bildeten sich thalergrofse Stellen mit massenhaften kleinen Bläschen, die sehr stark juckten. Das Gesicht war schliefslich mit einem stark nässenden Ekzem bedeckt. Die Therapie war diesmal erfolglos, bis auf Anraten von Dr. Buzzi 15% wässerige Thiolumschläge in kurzer Zeit Heilung brachten.

Der vierte Fall ereignete sich beim Herausnehmen von Jodoformgaze aus einem incidierten Furunkel. Die Erscheinungen waren dieselben. Auch diesmal halfen Umschläge und feuchte Einwickelungen mit 15%iger wässeriger Thiollösung.

Bei den beiden letzten Fällen schlofs sich daran an ein Erysipelas des gröfsten Teiles des Gesichtes und der behaarten Kopfhaut, welches jedesmal nach sieben Tagen erlosch. Es besteht also zweifellos bei einzelnen Menschen eine Idiosynkrasie derart, dafs eine einfache Berührung bei intakter Haut genügt, um eine Dermatitis zu erzeugen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Dermatol-Dermatitis, von Matheus. (*Therap. Monatsh.* August 1893.) In drei Fällen von Unterschenkelgeschwüren sah Verfasser nach Dermatol, das ihm sonst gute Dienste leistete, eine heftige Entzündung der umliegenden Haut am Ende der ersten oder im Anfange der zweiten Woche. Die befallenen Hautteile waren gerötet, fühlten sich heifs an, näfsten; einmal war das Allgemeinbefinden erheblich gestört. Stets liefs Verfasser das Dermatol weiter verwenden. Im ersten Falle trat trotzdem in vier Wochen, im zweiten in drei Wochen Heilung ein; im dritten Falle mufste schliefslich eine Zink- und Wismutsalbe angewendet werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einen seltenen Fall eines durch Chromsäure verursachten Geschwüres in der Scheide beschreibt E. Farkas. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1893. No. 11.) Durch jeden anderen Tag wiederholte Ätzung eines kleinen Geschwüres an der vorderen Vaginalwand entstand schliefslich ein grofser, grau belegter, von aufgeworfenen Rändern umgebener, einige Millimeter tiefer Defekt, der als carcinomatös erschien, jedoch nach Beseitigung der Chromsäureätzungen unter Jodoformbehandlung in kurzer Frist heilte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Der 4. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft wird am Montag, den 14. Mai (Pfingstmontag) und an den beiden folgenden Tagen in Breslau stattfinden.

Die Sitzungen werden von 9—12½ Uhr vormittags und von 2—4½ Uhr nachmittags abgehalten werden.

Die wissenschaftlichen Hauptthemata sind:

1. Über die modernen Systematisierungsversuche in der Dermatologie.
   Referent: Professor Dr. Kaposi-Wien.
2. Über den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Dermatomykosen.
   Referent: Professor Dr. Pick-Prag.

Auſserdem ist bereits eine groſse Anzahl von Vorträgen und Demonstrationen angemeldet; die letzteren werden nach den Statuten der Gesellschaft in erster Reihe berücksichtigt.

In Verbindung mit dem Kongreſs wird eine Ausstellung von Instrumenten, Arzneimitteln, Moulagen, mikroskopischen und pathologisch-anatomischen Präparaten etc. stattfinden.

Nicht-deutsche Kollegen sind herzlich willkommen; die Kongreſssprache ist deutsch; doch ist natürlich sowohl für Vorträge wie für Bemerkungen in der Diskussion jede andere Sprache gestattet.

Anmeldungen zur Teilnahme und von Vorträgen werden an den Unterzeichneten erbeten und zwar recht bald, damit das vollständige Programm rechtzeitig zur Versendung gelangen kann.

Breslau, Museumstraſse 11. Prof. Dr. A. Neisser.

Aus Wiesbaden schreibt uns Herr Dr. Emil Pfeiffer, ständiger Sekretär des Kongresses für innere Medizin, folgendes:

„Da infolge der Verlegung des XI. internationalen medizinischen Kongresses auf die Zeit vom 29. März bis 5. April 1894 sich für die Abhaltung des Kongresses für innere Medizin Schwierigkeiten ergeben haben, so hat das Geschäftskomitee und der engere Ausschuſs dieses Kongresses einstimmig beschlossen, den XIII. Kongreſs für innere Medizin zu verschieben und erst im Jahre 1895 in München abzuhalten.“

Erklärung.

In der vorletzten Nummer der *Monatsh. f. prakt. Derm.* sah sich Herr Dr. O. Rosenthal-Berlin veranlaſst, auf unsere in No. 11 des vorigen Bandes veröffentlichte Arbeit: „Über die Verwendbarkeit des Europhens“ unter gleichem Titel eine Erwiderung zu publizieren, weil, wie er erklärt, seine erweiterten Erfahrungen nicht ganz mit den unserigen übereinstimmen.

In Wirklichkeit handelt es sich aber nur um eine einzige Thatsache, die Rosenthal gegen uns ins Feld führt, nämlich die, daſs er bei Europhenanwendung mehrfach ekzematöse Reizung beobachtet hat, eine Thatsache, der wir um so mehr beipflichten, als wir selbst in letzter Zeit über einzelne derartige Beobachtungen verfügen, während wir früher solche Fälle nicht gesehen hatten.

Eine weitere Behauptung ROSENTHALS, dafs wir bei Balanitis und Erosionen dem Europhen den Vorzug vor dem Dermatol geben, beweist, dafs ROSENTHAL unsere Abhandlung nur flüchtig gelesen haben dürfte, denn wir sagen wörtlich auf pag. 553: „in den meisten dieser Fälle würde wohl auch das Dermatol am Platze und von gleichem Erfolge gewesen sein“ und betonen nur, dafs „bei vernachlässigter und bereits mit leichten Erosionen und Ulcerationen komplizierter Balanitis das Europhen von prompterer und schnellerer Wirkung ist“.

Diese beiden Einwände, von denen der letztere, wie soeben nachgewiesen, unbegründet ist, können aber unseres Erachtens die Entgegnung ROSENTHALS nicht bedingt haben, der eigentliche Grund dürfte sich vielmehr aus der Anmerkung ergeben, welche ja sogar umfangreicher als die Abhandlung selbst ist.

Herr ROSENTHAL scheint sich verletzt zu fühlen, weil wir — natürlich nur durch ein wohl verzeihliches Versehen — bei den Litteraturangaben seinen Namen fortgelassen haben, und verfällt nun in eine solch kleinliche und pedantische Kritik, dafs wir, da wir nicht denselben Pfad wie ROSENTHAL beschreiten wollen, von einer weiteren Erörterung dieser mehr nebensächlichen Dinge Abstand nehmen und nur unserer Überzeugung Ausdruck verleihen, dafs „im Interesse einer exakten Wissenschaft“ (um ein ROSENTHALsches Wort zu gebrauchen) ein derartiges Vorgehen, wie es ROSENTHAL in seiner Anmerkung an den Tag legte, kaum am Platze sein dürfte.

Dr. OEFELEIN. Dr. NEUBERGER.

Nürnberg, im Januar 1894.

Dr. UNNAs dermatologische Preisaufgabe für 1892/93.

Von den eingereichten Arbeiten wurden zwei als des Preises würdig befunden. Als Verfasser stellten sich heraus:

KURT PASSARGE, cand. med., Königsberg i. Pr., Sackh. Hintergasse 26 (Motto: „Mit dem Wissen wächst der Zweifel“. HYRTL).

Dr. med. RUD. KRÖSING, prakt. Arzt, Stettin, Lindenstraſse 26 (Motto: Nil admirari).

Die Preisaufgabe für 1894 lautet:

„Es soll untersucht werden, ob und in wie weit die in neuerer Zeit aufgestellten Behauptungen, dafs kollagene, elastische Fasern und sefshafte (pigmentierte) Bindegewebszellen in die normale Stachelschicht hineinreichen, begründet sind.“ — Der Preis beträgt 300 M. Näheres über die Bedingungen der diesjährigen Preisaufgabe ist zu erfahren von der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss, Hamburg, Hohe Bleichen 34.



Fig. 1.



Fig. 2.

v. Reisner.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Meisenbach, Riffarth & Co., Berlin.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. №. 5. 1. März 1894.

Aus der Klinik für Hautkrankheiten von Dr. Unna-Hamburg.

Die besten Formeln für Zinkleim.

Von

Dr. Menahem Hodara,
türkischem Marinearzt aus Konstantinopel.

Die wesentlichen Dienste, welche der von meinem verehrten Lehrer, Herrn Dr. Unna, vor Jahren in die Praxis eingeführte Zinkleim beim täglichen Gebrauch in der Behandlung der Dermatosen leistet, finden jetzt fast allenthalben Anerkennung.

Bei den kongestiven Hyperämien der Haut, bei den Erythemen, sowie bei den meisten Hautentzündungen wirkt er anämisierend. Bei Substanzverlusten, Wunden, Geschwüren bildet er nicht nur eine schützende Decke, sondern wirkt auch fördernd auf die Bildung der Hornschicht ein. In allen diesen Fällen läfst er niemals im Stich. Aber auch als Fixationsmittel bei allen möglichen Binden und Verbänden, namentlich bei den Pflastermullen, ist er unschätzbar. Wegen seiner Kontraktilität findet er ferner bei Varicen, bei Ödemen der Unterschenkel, bei Hautwunden im Gefolge von operiertem Lupus und Carcinom u. s. w., wo immer eine komprimierende Wirkung erwünscht ist, geeignete Verwendung. Endlich läfst sich so mancher massige und umständliche Verband der täglichen Praxis durch einen einfachen, sauberen und eleganten Zinkleimverband ersetzen.

Nun ist es aber wunderbar, dafs für diese Zinkgelatine verschiedene Formeln bestehen. Ich habe dabei nur die vier wichtigsten Formeln im Auge, und zwar: diejenige aus der Unnaschen Klinik, diejenige des rühmlichst bekannten Hamburger Apothekers Dr. Mielck, diejenige der Fabrik dermatologischer Erzeugnisse von Beiersdorf & Co., und endlich die Formel für harten Zinkleim (Unna), die der berühmte französische Dermatologe Brocq in seinem Lehrbuch beschrieben hat, denn dieses Lehrbuch dürfte bei seiner allgemein anerkannten Bedeutung sich einer gröfseren Verbreitung erfreuen. Ein Jeder hat seine Lieblingsformel, mit der er vorzugsweise arbeitet.

Mein verehrter Chef hat mich nun zu der Untersuchung veranlaſst, ob eine Unterscheidung zwischen diesen vier Formeln nötig sei oder nicht, und gleichzeitig die beste Formel für Zinkleim ausfindig zu machen und sie wissenschaftlich als solche zu erweisen.

Was verlangen wir nun von dem Zinkleim?

1. Der Zinkleim soll sich schon bei recht niedriger Temperatur verflüssigen, um seine Anwendung für den Kranken möglichst schmerzlos zu gestalten, denn ein heiſser, die Haut verbrennender Leim wäre sehr unangenehm.

2. Andererseits soll die Gelatine aber bei einer verhältnismäſsig noch recht hohen Temperatur erstarren, damit sie so schnell wie möglich fest wird. Auch darf sie sich auf einer erhitzten Haut, die doch bei manchen Krankheiten, bei dem Eczema intertriginosum z. B., nichts gerade Seltenes ist, ferner in den heiſsen Zonen nicht zu leicht verflüssigen. Ein hoher Schmelzpunkt ist aus diesen Gründen daher sehr wichtig.

3. Endlich muſs der Leim auch recht kontraktil sein, um ihn als Verbandmittel und bei den verschiedenen, schon erwähnten Hautleiden verwenden zu können.[1]

Die drei Erfordernisse für einen guten Zinkleim sind also, daſs er schon bei mäſsigen Wärmegraden flüssig wird, daſs er recht rasch fest werde, und daſs er möglichst kontraktil sei.

Prüfung der vier Formeln auf diese drei Eigenschaften.

Verfahren zur Ermittelung der Erstarrungstemperatur. — Man verflüssigt den zu untersuchenden Leim und thut etwas davon in ein Reagenzglas, alsdann steckt man ein Thermometer — ich habe immer ein Thermometer nach Celsius genommen — bis auf den Boden des Glases hinein und setzt nun das Ganze in ein Gefäſs mit kaltem Wasser. Die Erstarrungstemperatur liest man am Thermometer ab, sowie die Gelatine beim Umkehren des Glases nicht mehr ausflieſst, das Thermometer vielmehr festhält.

Verfahren zur Ermittelung des Schmelzpunktes. — Dasselbe Reagenzglas mit der nunmehr erstarrten Gelatine und dem Thermometer wird in ein Gefäſs mit kaltem Wasser gethan, das man über der Flamme erhitzt. Den Schmelzpunkt liest man wieder vom Thermometer in dem Augenblicke ab, wo die flüssig gewordene Gelatine beim Umkehren ausflieſst und das Thermometer sich ohne jeden Zug entfernen läſst.

Verfahren zur Ermittelung der Kontraktilität. — Zu diesem Zwecke habe ich mich kleiner rechteckiger Gefäſse aus Weiſsblech bedient. Dieselben waren 10 cm lang, 15 mm breit und 3 mm tief. Diese Gefäſse

[1] Zu anderen Zwecken ist wiederum eine weniger kontraktile Gelatine erforderlich; jedoch spielt diese nicht die erste Rolle.

wurden gleichmäſsig mit den verschiedenen zu untersuchenden Gelatinen gefüllt. Nach fünf Tagen, wenn der Leim sich nicht weiter zusammenzog, wurde der Grad der Kontraktion festgestellt, indem man maſs, wieviel Millimeter den einzelnen Gelatinestückchen an der Länge von 10 cm fehlte.

Ich lasse nun eine Zusammenstellung der Zahlen folgen, die ich für den Schmelzpunkt, den Erstarrungspunkt und den Kontraktionsgrad der vier verschiedenen Leimarten gefunden habe.

Zusammensetzung des Leims		Schmelzpunkt	Erstarrungspunkt	Kontraktionsgrad
Gelatina Unna	Gelatin. 15,0 Aq. 40,0 Glycerin. 15,0 Zinc. oxyd. 30,0	46° C.	31,5° C.	6½ mm
Gelatina mollis Mielck	Gelatin. 15,0 Aq. 45,0 Glycerin. 25,0 Zinc. oxyd. 15,0	40° C.	28° C.	5 mm
Gelatina dura Mielck	Gelatin. 20,0 Aq. 40,0 Glycerin. 25,0 Zinc. oxyd. 15,0	46° C.	32° C.	6 mm
Gelatina mollis Beiersdorf	Gelatin. 10,0 Aq. 40,0 Glycerin. 40,0 Zinc. oxyd. 10,0	41° C.	28,5° C.	2 mm
Gelatina dura Beierseorf	Gelatin. 15,0 Aq. 35,0 Glycerin. 40,0 Zinc. oxyd. 10,0	44° C.	30,5° C.	5 mm
Gelatina dura (Unna) in dem Handbuch v. Brocq beschrieben	Gelatin. 30,0 Aq. 30,0 Glycerin. 30,0 Zinc. oxyd. 10,0	57° C.	40° C.	4 mm

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich, daſs sich die vier verschiedenen Leimarten in Bezug auf ihren Schmelzpunkt, Erstarrungspunkt und Kontraktionsgrad wesentlich unterscheiden. Die mehrfach angestellte Untersuchung betreffs der Frage, welche Bedeutung den einzelnen, die Gelatine zusammensetzenden Teilen zukomme, hat zu keinem erkennbaren Ergebnis geführt, und zwar wohl deshalb nicht, weil die Zusammensetzung eine zu gemischte ist.

Um die Wirkung der einzelnen Bestandteile des Leims kennen zu lernen, habe ich daher mit denselben einzeln experimentiert. Zuerst nahm ich Gelatine[2] und Wasser und mischte sie in verschiedenem Verhältnis, indem ich das Wasser zuerst erhitzte, alsdann den Leim zusetzte und nun das Ganze so lange über einer Spiritusflamme erwärmte, bis es ganz flüssig war. Für die verschiedenen Mischungen erhielt ich nun folgende Temperaturzahlen:

		Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatinae Aq.	5,0 95,0	32° C.	20° C.
Gelatin. Aq.	10,0 90,0	34° C.	22,5° C.
Gelatin. Aq.	15,0 85,0	36° C.	24,5° C.
Gelatin. Aq.	20,0 80,0	38° C.	27,5° C.

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich:

1. Je höher der Gehalt der Mischung an Gelatine wird, um so höher steigt auch der Schmelz-, bezw. der Erstarrungspunkt.

2. Der Wassergehalt des Gemisches steht im umgekehrten Verhältnis zur Höhe des Schmelz- und Erstarrungspunktes.

Es besteht demnach eine direkte Beziehung zwischen dem Procentgehalt an Gelatine und der Höhe der betreffenden Temperaturen.

Um nun weiter den Einfluſs des Glycerins auf die Höhe des Schmelz- und Erstarrungspunktes des fertigen Zinkleims kennen zu lernen, habe ich zu den in der angegebenen Weise hergestellten Lösungen von Gelatine in Wasser verschiedene Mengen Glycerin hinzugesetzt. Ich erhielt dabei folgende Zahlen:

I. Versuch mit 10% Gelatine.

		Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 80,0 10,0	34° C.	23,25° C.
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 70,0 20,0	35° C.	23,75° C.

[2] Gelatine von der besten Sorte.

		Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 60,0 30,0	36° C.	26° C.
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 50,0 40,0	37° C.	28° C.
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 30,0 60,0	41,5° C.	31,5° C.
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 10,0 80,0	46° C.	33,5° C.

Diese Zahlen lehren uns:

1. Mit dem Gehalt an Glycerin steigt auch die Temperatur für den Schmelzpunkt und den Erstarrungspunkt.

2. Die mit dem höheren Glyceringehalt einhergehende Temperatursteigerung ist aber verhältnismäfsig geringer, als wie wir sie bei der Vermehrung des Gelatinegehalts um ebensoviele Procente gefunden haben.

Ein solches Ergebnis liefs sich keineswegs von vornherein erwarten. Denn die tägliche Erfahrung mit Gelatine und Agar im bakteriologischen Laboratorium belehrt uns im Gegenteil, dafs die Leimmasse nach Zusatz von Glycerin weicher wird; und dafs ein weicherer Leim auch bei einer niedrigeren Temperatur schmilzt und erstarrt, sollte man doch eigentlich annehmen können. Hier nun zeigt es sich, dafs das Gegenteil der Fall ist. Es ist also für den Schmelzpunkt und den Erstarrungspunkt durchaus nicht dasselbe, ob ich den Leim durch Zusatz von Wasser oder durch Zusatz von Glycerin weich zu gestalten suche. Aus diesem, auf den ersten Blick etwas befremdenden Verhalten mufs man schliefsen, dafs das Glycerin einen Teil des zur Lösung der Gelatine nötigen Wassers absorbiere, und dafs eine Gelatine-Wasserlösung in Bezug auf ihren Schmelzpunkt und ihren Erstarrungspunkt durch Zusatz von Glycerin ebenso beeinflufst wird, wie durch Verminderung des Wassergehaltes.

Um nun aber diese Vermutung zur Gewifsheit zu erheben, habe ich eine zweite Versuchsreihe angestellt:

II. Versuch mit 20% Gelatine.

	Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatin. 20,0 Aq. 70,0 Glycerin. 10,0	38° C.	29° C.
Gelatin. 20,0 Aq. 60,0 Glycerin. 20,0	39,5° C.	29,5° C.
Gelatin. 20,0 Aq. 50,0 Glycerin. 30,0	41,5° C.	31° C.

Diese mehrfach wiederholten Versuche führten also in Bezug auf den Einfluſs des Glycerins zu dem nämlichen Ergebnis, wie die erste Versuchsanordnung.

Schlieſslich habe ich auch den Einfluſs des Zinkoxyds auf die Höhe des Erstarrungs- und Schmelzpunktes der Leimmasse experimentell festzustellen gesucht. Ich verfuhr hier wieder ebenso, daſs ich zu der Gelatine-Wasserlösung verschiedene Mengen Zinkoxyd hinzufügte. Man darf von dem Zinkoxyd zur Zeit nur immer eine geringe Menge in die Flüssigkeit hineinthun und muſs letztere dabei beständig umrühren und bis zur völligen Lösung über einer Flamme erwärmen.

Folgendes sind die Zahlen, die ich dabei erhalten habe:

I. Versuch mit 5% Gelatine.

	Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatin. 5,0 Aq. 85,0 Zinc. oxyd. 10,0	32° C.	21° C.
Gelatin. 5,0 Aq. 75,0 Zinc. oxyd. 20,0	33° C.	21° C.
Gelatin. 5,0 Aq. 65,0 Zinc. oxyd. 30,0	34° C.	22° C.

Bei vermehrtem Zinkoxyd-Zusatz steigt auch die Höhe des Schmelz- und Erstarrungspunktes, jedoch nur unbedeutend.

II. Versuch mit 10% Gelatine.

Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 80,0 10,0	35,5° C.	24° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 70,0 20,0	36,25° C.	24,75 C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 60,0 30,0	37,5° C.	25° C.

III. Versuch mit 20% Gelatine.

Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 70,0 10,0	40° C.	29,25° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 60,0 20,0	40,5° C.	30,25° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 50,0 30,0	41,5° C.	31° C.

Auch diese beiden Listen ergeben dasselbe Resultat wie die erste; durch Zusatz von Zinkoxyd rücken beiden Temperaturen um ein geringes in die Höhe.

Aus den folgenden Tabellen ist ersichtlich, welchen Einfluſs die Gelatine bei gleichbleibendem Gehalt an Zinkoxyd ausübt:

Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	5,0 85,0 10,0	32° C.	21° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 80,0 10,0	35,5° C.	24° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 70,0 10,0	40° C.	29,25° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	5,0 75,0 20,0	33° C.	21° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 70,0 20,0	36,25° C.	24,75° C.

		Schmelzpunkt	Erstarrungspunkt
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 60,0 20,0	40,5° C.	30,25° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	5,0 65,0 30,0	34° C.	22° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 60,0 30,0	37,5° C.	25° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 50,0 30,0	41.5° C.	31° C.

Schlufsfolgerung: Je mehr Gelatine, desto höher rücken der Schmelz- und der Erstarrungspunkt hinauf, und zwar viel beträchtlicher, als wenn man der Leimmasse nur mehr Zinkoxyd hinzusetzt.

Aus den bisher aufgeführten Tabellen ersehen wir den Einflufs, den Wasser, Gelatine, Glycerin und Zinkoxyd im allgemeinen auf die Beschaffenheit des Zinkleims ausüben. Wir wollen nunmehr die absoluten Temperaturunterschiede kennen lernen, die durch Zusatz eines jeden der vier Teile bewirkt werden.

Nehmen wir zuerst die Gelatine. Diese bewirkt von allen vier Bestandteilen des Zinkleims das stärkste Emporrücken des Schmelz- und Erstarrungspunktes, gleichviel, ob man sie nur mit Wasser, oder mit Wasser, Glycerin und Zinkoxyd mischt. Folgende Tabelle läfst dies erkennen:

		Schmelzpunkt	Erstarrungspunkt
Gelatin. Aq.	10,0 90,0	34° C.	22,5° C.
Gelatin. Aq.	20,0 80,0	38° C.	27,5° C.
Unterschied	10%	Untersch. 4° C.	Untersch. 5° C.
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 70,0 20,0	35° C.	23,75° C.

		Schmelzpunkt	Erstarrungspunkt
Gelatin.	20,0		
Aq.	60,0	39,5° C.	29,5° C.
Glycerin.	20,0		
Unterschied	10%	Untersch. 4,5° C.	Untersch. 5,75° C.
Gelatin.	10,0		
Aq.	70,0	36,25° C,	24,75° C.
Zinc. oxyd.	20,0		
Gelatin.	20,0		
Aq.	60,0	40,5° C.	30,25° C.
Zinc. oxyd.	20,0		
Unterschied	10%	Untersch. 4,25° C.	Untersch. 5,54° C.

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daſs, wenn man in einer Lösung von Wasser und Gelatine, die auſserdem noch Glycerin bezw. Zinkoxyd enthalten mag oder nicht, den Gelatinegehalt um 10% erhöht, der Schmelzpunkt sowohl wie der Erstarrungspunkt in die Höhe rücken, und zwar ersterer im Mittel um 4,25° C., letzterer im Mittel um 5,25° C.

Wir wenden uns nun zum Wasser. Dieses übt einen der Gelatine entgegengesetzten Einfluſs aus, indem Schmelzpunkt und Erstarrungspunkt bei einer Verminderung des Wassergehalts in die Höhe rücken. Allerdings sind hier die Temperaturschwankungen keine so bedeutenden, wie aus folgender Tabelle ersichtlich:

		Schmelzpunkt	Erstarrungspunkt
Gelatin.	10,0	34° C.	22,5° C.
Aq.	90,0		
Gelatin.	10,0		
Aq.	70,0	35° C.	23,75° C.
Glycerin.	20,0		
Unterschied ÷ 20,0 Aq.		Untersch. 1° C.	1,25° C.
Gelatin.	10,0		
Aq.	70,0	36,25° C.	24,75° C.
Zinc. oxyd.	20,0		
Unterschied ÷ 20,0 Aq.		2,25° C.	2,25° C.

	Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatin. 20,0 Aq. 80,0	38° C.	27,5° C.
Gelatin. 20,0 Aq. 60,0 Glycerin. 20,0	39,5° C.	29,5° C.
Unterschied ÷ 20,0 Aq.	1,5° C.	2° C.
Gelatin. 20,0 Aq. 60,0 Zinc. oxyd. 20,0	40,5° C.	30,25° C.
Unterschied ÷ 20,0 Aq.	2,5° C.	2,75° C.

Diese Tabelle lehrt uns, dafs bei einer Verminderung der Wassermenge um 20% der Schmelzpunkt und der Erstarrungspunkt um ungefähr 1—2,5° C. in die Höhe gehen. Dabei ist kein grofser Unterschied, ob man die fehlende Wassermenge durch Zinkoxyd oder durch Glycerin ersetzt; bei ersterem sind die Temperaturen etwas höher als bei letzterem. Wir können also sagen: die Temperaturen steigen im umgekehrten Verhältnis zum Wassergehalt, gleichviel welchen Zusatz man wählt. Es wird eben häufig vergessen, dafs der geringste Zusatz zur Leimmasse eine bestimmte Menge Wasser, die für den Leim vielleicht notwendig ist, absorbiert.

Wir wollen jetzt den Einflufs des Glycerins untersuchen.

In wasserfreiem Glycerin löst sich Gelatine nicht auf; das Glycerin dient also in der Leimmasse nicht zur Vermehrung des Wassergehalts, vielmehr umgekehrt: je mehr Glycerin man dem Wasser zusetzt und dadurch dessen Lösungskraft abschwächt, um so mehr rücken auch der Schmelzpunkt und der Erstarrungspunkt in die Höhe, und zwar in derselben Weise, wie es uns die letzte Tabelle für die Verminderung des Wassergehalts zeigt. Dies Verhältnis wird aus der folgenden Tabelle klar, die eine Zusammenstellung von Zahlen aus verschiedenen früheren Tabellen enthält:

	Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatin. 10,0 Aq. 90,0	34° C.	22,5° C.
Gelatin. 10,0 Aq. 70,0 Glycerin. 20,0	35° C.	23,75 C.

		Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 50,0 40,0	37° C.	28° C.
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 30,0 60,0	41,5° C.	31,5° C.
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 10,0 80,0	46° C.	33,5° C.

Nach dieser Tabelle steigen die Temperaturen bei Glycerinzusatz, und zwar anfangs um 1° für je 10% Glycerin, gegen das Ende aber um $2^1/_2$°.

Es bleibt noch der Einflufs des Zinkoxyds auf die Beschaffenheit des Zinkleims zu untersuchen. Dieses übt die nämliche Wirkung wie das Glycerin aus; indem durch seinen Zusatz die Lösungkraft des Wassers vermindert wird, rücken der Schmelzpunkt und der Erstarrungspunkt in die Höhe. Folgende kleine Tabelle veranschaulicht dies Verhalten:

		Schmelzpunkt	Erstarrungs-punkt
Gelatin. Aq.	10,0 90,0	34° C.	22,5° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 80,0 10,0	35,5° C.	24° C.
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 70,0 20,0	36,25° C.	24,75° C.

Durch Zusatz von 20% Zinkoxyd zur Leimmasse steigen demnach die Temperaturen um 2,5° C.

Schlufsfolgerungen.

1. Durch Vermehrung der Gelatine in Verbindung mit nur einem oder sämtlichen anderen Bestandteilen des Zinkleims rücken der Schmelzpunkt und der Erstarrungspunkt verhältnismäfsig am meisten in die Höhe.

2. Die Temperaturen für das Schmelzen und Starrwerden des Zinkleims steigen gleichfalls bei Verminderung des Wassergehaltes, wenn auch nicht in dem Mafse, wie in dem vorhergehenden Falle.

3. Das Nämliche gilt für die Vermehrung des Zinkoxydgehaltes; aber auch hier erreicht die Steigerung der betreffenden Temperaturen nicht die Höhe, wie im Falle 1.

4. Und endlich tritt auch nach Vermehrung des Glyceringehaltes eine Steigerung betreffs der Temperaturen ein, nur dafs die Steigerung noch hinter der durch Zusatz von Zinkoxyd bewirkten zurückbleibt.

5. Die Reihenfolge, in welcher die Bestandteile des Zinkleims steigernd auf die Höhe des Schmelzpunktes und des Erstarrungspunktes einwirken, ist demnach folgende: Gelatine, Zinkoxyd, Glycerin.

6. Das Steigen und Sinken des Schmelzpunktes und des Erstarrungspunktes geht immer Hand in Hand mit der Vermehrung oder Verminderung eines dieser drei Bestandteile; ein umgekehrtes Verhalten findet nie statt. Unsere Untersuchungen haben uns also zu dem Ergebnis geführt, dafs es leider nicht möglich ist, durch eine blofse Änderung in dem Mengenverhältnisse der den Zinkleim zusammensetzenden Teile gleichzeitig einen niedrigeren Schmelzpunkt und einen höheren Erstarrungspunkt zu erzielen, was doch so wünschenswert wäre.

Unsere Untersuchungen gestatten uns endlich auch noch den Schlufs, dafs in der Zinkleimmasse nur die bekannten physikalischen Gesetze wirksam sind, dafs aber chemische Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Bestandteilen nicht statthaben.

Die Kontraktilität des Zinkleims.

Um auch hier wieder den Einflufs der einzelnen, den Zinkleim zusammensetzenden Stoffe auf seine Kontraktilität kennen zu lernen, habe ich diese Stoffe nach dem schon bei den früheren Versuchsreihen angewandten Verfahren einzeln geprüft und die jedesmal erzielte Kontraktilität festgestellt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung lasse ich jetzt folgen:

		Kontraktilität
Gelatin. Aq.	5,0 95,0	16 mm
Gelatin. Aq.	10,0 90,0	14 mm
Gelatin. Aq.	20,0 80,0	12 mm

Diese Tabelle lehrt uns, dafs die Kontraktilität eines Leimes, der nur aus Wasser und Gelatine besteht, mit dem Wassergehalt zunimmt, mit dem Gelatinegehalt dagegen abnimmt.

Bei Zusatz von Glycerin zu einer Gelatine-Wasserlösung erhalten wir folgende Zahlen:

I. Versuchsreihe mit 10% Gelatine.

		Kontraktilität
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 80,0 10,0	12 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 70,0 20,0	9 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 60,0 30,0	5 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 50,0 40,0	1 1/2 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 30,0 60,0	0 Es erfolgt keine Kontraktion mehr
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 10,0 80,0	0 Die Masse dehnt sich im Gegenteil aus

II. Versuchsreihe mit 20% Gelatine.

Gelatin. Aq. Glycerin.	20,0 70,0 10,0	14 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	20,0 60,0 20,0	12 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	20,0 50,0 30,0	7 mm

Diese Tabelle lehrt uns, dafs:

1. die Kontraktilität mit steigendem Glyceringehalt abnimmt,
2. mit steigendem Gelatinegehalt aber zunimmt.

Beim Zusatz von Zinkoxyd zu einer Gelatine-Wasserlösung erhalten wir folgende Zahlen:

I. Versuchsreihe mit 5% Gelatine.

		Kontraktilität
Gelatin.	5,0	
Aq.	85,0	13 mm
Zinc. oxyd.	10,0	
Gelatin.	5,0	
Aq.	75,0	19 mm
Zinc. oxyd.	20,0	
Gelatin.	5,0	
Aq.	65,0	22 mm
Zinc. oxyd.	30,0	

II. Versuchsreihe mit 10% Gelatine.

Gelatin.	10,0	
Aq.	80,0	15 mm
Zinc. oxyd.	10,0	
Gelatin.	10,0	
Aq.	70,0	21 mm
Zinc. oxyd.	20,0	
Gelatin.	10,0	
Aq.	60,0	22½ mm
Zinc. oxyd.	30,0	

III. Versuchsreihe mit 20% Gelatine.

Gelatin.	20,0	
Aq.	70,0	19 mm
Zinc. oxyd.	10,0	
Gelatin.	20,0	
Aq.	60,0	22 mm
Zinc. oxyd.	20,0	
Gelatin.	20,0	
Aq.	50,0	23 mm
Zinc. oxyd.	30,0	

Aus diesen Tabellen ergiebt sich:

1. Mit steigendem Zinkoxydgehalt vermehrt sich auch die Kontraktilität.
2. Dasselbe gilt von der Gelatine.

Nun ist es aber doch nicht einerlei, ob wir in der Leimmasse den Gehalt an Zinkoxyd oder an Gelatine erhöhen. Dafs das Glycerin einer

allzu starken Kontraktion des Zinkleimes entgegenwirke, haben wir immer gewufst; neu und auffallend war uns aber, dafs die Kontraktilität des Leimes durch Zusatz von Zinkoxyd erhöht wird, und dafs letzteres bis zu einem gewissen Grade als Ersatzmittel der Gelatine Verwendung finden kann. Da nun der Schmelzpunkt und der Erstarrungspunkt durch Zusatz von Zinkoxyd nicht so stark in die Höhe rücken, wie durch Zusatz von Gelatine, so empfiehlt es sich im allgemeinen, letztere teilweise durch ersteren zu ersetzen; man erreicht dadurch bei niedrigeren Temperaturen einen höheren Kontraktionsgrad.

Nachdem uns die letzten Tabellen die Einwirkung der einzelnen Bestandteile auf die Kontraktionsfähigkeit des fertigen Zinkleimes im allgemeinen kennen gelehrt haben, wollen wir uns jetzt etwas näher mit den absoluten Werten beschäftigen. — Ich nehme zuerst die Gelatine.

1. Diese hat eine verschiedene Wirkung, je nachdem sie allein oder mit den anderen Stoffen gemeinsam im Wasser gelöst ist. Im ersteren Falle fällt die Kontraktilität um so schwächer aus, je mehr Gelatine im Verhältnis zum Wasser vorhanden ist. Denn mit dem steigenden Wassergehalt vermehrt sich auch die Verdunstung, wie ich in einer besonderen, in dieser Abhandlung nicht mit aufgeführten Versuchsreihe feststellen konnte; in derselben wurden die Gewichtsunterschiede der einzelnen Leimplatten nach der Zusammenziehung ermittelt.

		Kontraktilität
Gelatin. Aq.	5,0 95,0	16 mm
Gelatin. Aq.	10,0 90,0	14 mm
Gelatin. Aq.	20,0 80,0	12 mm

2. Bei Mischung der Gelatine-Wasserlösung mit Glycerin oder Zinkoxyd ergiebt sich, dafs der Kontraktionsgrad in demselben Mafse zunimmt, wie der Procentgehalt an Gelatine zunimmt und derjenige an Wasser abnimmt. Das wird in folgenden Tabellen veranschaulicht:

I. Versuchsreihe.

Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 70,0 20,0	9 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	20,0 60,0 20,0	12 mm

II. Versuchsreihe.

		Kontraktilität
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 70,0 20,0	21 mm
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 60,0 20,0	22 mm

Man ersieht aus dieser Tabelle, daſs bei gleichzeitiger Vermehrung der Gelatine und Verminderung des Wassers um je 10 % die Kontraktilität im Mittel um 2 mm für 10 cm Zinkleim steigt.

Nun steht aber dieses Verhalten mit den früher gefundenen Thatsachen in so offenbarem Widerspruche, daſs ich mich erst durch vielfältige Wiederholung des Versuches von seiner Richtigkeit überzeugen muſste. Wir haben ja gesehen, daſs bei einer einfachen Gelatine-Wasserlösung der Kontraktionsgrad mit dem Wassergehalt, nicht aber mit dem Gelatinegehalt steigt — und hier haben wir nach Zusatz von Glycerin oder Zinkoxyd ein umgekehrtes Verhalten: es steigt die Kontraktilität ein Weniges mit dem Gelatinegehalt, was in folgender Tabelle noch deutlicher veranschaulicht wird:

Paradoxe Kontraktilität des Glycerinleimes.

	I	II	III	IV
	Gelatin. 10,0 Aq. 90,0	Gelatin. 20,0 Aq. 80,0	Gelatin. 10,0 Aq. 80,0 Glycerin. 10,0	Gelatin. 20,0 Aq. 70,0 Glycerin. 10,0
Grad der Zusammenziehung	14 mm	12 mm	12 mm	14 mm
Unterschied von I in der Zusammensetzung	0	+ 10 Gelatin.	+ 10 Glycerin.	+ 10 Gelatine + 10 Glycerin
Unterschied von I in Millimeter	0 mm	÷ 2 mm	÷ 2 mm	0 mm, anstatt der erwarteten ÷ 4 mm

Wir gehen jetzt zum Zinkoxyd über.

Bei Zusatz von Zinkoxyd zur Gelatine-Wasserlösung vermehrt sich die Kontraktilität des Leimes, und zwar um so mehr, je mehr von ersterem zugesetzt wird, vielleicht deshalb, weil das Zinkoxyd auf der Fläche des Leimes viele Punkte bildet, von denen aus die Wasserverdunstung begünstigt und beschleunigt wird. Man vergleiche die folgende Tabelle:

		Zusammenziehung
Gelatin. Aq.	10,0 90,0	14 mm
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 80,0 10,0	15 mm
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	10,0 70,0 20,0	21 mm
Gelatin. Aq.	20,0 80,0	12 mm
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 70,0 10,0	19 mm
Gelatin. Aq. Zinc. oxyd.	20,0 60,0 20,0	22 mm

Aus dieser Zusammenstellung erkennen wir, daſs die Kontraktilität bei Vermehrung dez Zinkoxyds um 10% im Mittel um $4^1/_2$ mm für die 10 cm lange Leimplatte zunimmt.

Es erübrigt uns noch, das Verhalten des Glycerins zu untersuchen. Je mehr wir von diesem der Leimmasse zusetzen, um so mehr drücken wir dessen Kontraktionsgrad herab. Diese Thatsache hat sicher darin ihren Grund, weil das Glycerin eine Affinität zum Wasser besitzt und dessen Verdunstung infolgedessen verhindert.

		Zusammenziehung
Gelatin. Aq.	10,0 90,0	14 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 70,0 20,0	9 mm
Gelatin. Aq. Glycerin.	10,0 50,0 40,0	$1^1/_2$ mm

Durch Zusatz von 10% Glycerin wird also, wie ersichtlich, die Kontraktilität um $3^1/_2$ mm im Mittel vermindert.

Endergebnis.

Beim Zinkleim bewirkt

1. Die Vermehrung des Glycerins eine Verminderung der Kontraktilität;
2. „ „ „ Zinkoxyds eine beträchtliche Erhöhung der Kontraktilität;
3. „ „ der Gelatine bei gleichzeitiger Verminderung des Wassers eine mäfsige Erhöhung der Kontraktilität.

Schlufsfolgerungen für die Praxis.

Nachdem wir nunmehr den Einflufs der einzelnen Bestandteile auf die Beschaffenheit des fertigen Zinkleimes kennen gelernt haben, sind wir auch im stande, ein durch Thatsachen begründetes Urteil über den Wert der eingangs dieser Arbeit angeführten magistralen Formeln abzugeben.

Bei diesen Formeln schwankt der Gelatinegehalt zwischen 10% und 30%; die meisten enthalten 15%. Aber selbst diese 15% Gelatine sind, wie wir gesehen haben, noch etwas zu viel. Die Höhe des Schmelzpunktes und des Erstarrungspunktes einer 15%igen Gelatine-Wasserlösung, die aber weiter keine Stoffe enthält, liegt freilich bei 36° C., bezw. bei 24,5° C., Temperaturen, die im allgemeinen wohl vertragen werden. Aber durch Zusatz der anderen Bestandteile zu dieser Gelatinelösung steigen die Temperaturen auf im Mittel 43° C. (40° C. — 46° C.), bezw. 30° C. (28°—31,5° C.). Ein so hoher Schmelzpunkt ist aber nicht mehr wünschenswert, wenn man sich 30° C. für den Erstarrungspunkt auch noch könnte gefallen lassen.

Andererseits sind 10% Gelatine wieder zu wenig. Zwar hat der Beiersdorfsche Zinkleim, der diesen Procentgehalt an Gelatine nicht überschreitet, die wünschenswertesten Temperaturen. Aber im allgemeinen kommen wir damit doch nicht aus, da der Leim zu langsam erstarrt und zu wenig dauerhaft ist. Aus diesen Gründen empfehle ich für den Leim einen Zusatz von 12½% Gelatine.

Auch der Glyceringehalt der magistralen Formeln ist ein sehr verschiedener; er schwankt zwischen 15% und 40%. Nun haben wir gesehen, dafs das Glycerin namentlich nach zwei Richtungen sich bemerkbar macht: es steigert die Temperaturen und vermindert die Kontraktilität des Leimes in beträchtlicher Weise — beides keine angenehmen Wirkungen. Die Frage lag daher auf der Hand, ob man das Glycerin nicht ganz beiseite lassen könne. Das geht nun aber deshalb nicht, weil dieser Stoff zur Herabminderung der Kontraktilität des Zinkleimes unentbehrlich ist; letztere kann nämlich unter ungünstigen Verhältnissen so bedeutend sein, dafs der Leim bricht. Man kommt aber mit einer ganz geringen Menge, sagen wir mit 5%, Glycerin aus. Damit werden die Temperaturen nicht erheblich gesteigert, die sonst beträchtliche Kontraktion wird aber ver-

mindert. Wo aber der Leim nur den Zweck hat, andere Verbände zu halten, oder wo eine recht kräftige Kontraktion angestrebt wird (bei Varicen, Geschwüren u. s. w.), da kann man das Glycerin ohne Nachteil weglassen.

All das Gesagte bezieht sich aber nur auf den Fall, dafs der Zinkleim zur ununterbrochenen Verwendung in der täglichen Praxis und für die Polikliniken hergestellt werde. Bei der einstweiligen Bereitung des Leimes zur Aufbewahrung, also für den Handel, ist noch ein anderer Umstand ins Auge zu fassen. Jeder pharmaceutische Leim verliert nämlich bei längerem Stehen an Wasser, wird hart und unbrauchbar, wenn er nicht eine bestimmte Menge Glycerin enthält. Nur mit Rücksicht hierauf schlage ich für unsere gewöhnlichen Formeln einen Glyceringehalt von 12½% vor.

Das Zinkoxyd ist in den magistralen Formeln mit 10%—30% vertreten. Nun wirkt dieser Stoff sowohl auf die Temperaturen, wie auf die Kontraktilität erhöhend ein. Letzteres ist uns sehr erwünscht, nicht aber die Steigerung des Schmelzpunktes und des Erstarrungspunktes. Deshalb müssen wir einen mittleren Procentgehalt ausfindig machen, bei dem dieser Übelstand wegfällt.

Wenn der Einflufs des Zinkoxyds sich nur auf diese rein physikalischen Wirkungen erstreckte, so könnten wir es auch ganz entbehren. Sind wir doch im stande, durch Verminderung des Glyceringehaltes die Kontraktilität genügend zu steigern. Nun ist aber gerade das Zinkoxyd das einzige chemisch wirkende Mittel in dieser Zusammensetzung und hat einen therapeutischen Zweck, der aufserhalb des Rahmens dieser Untersuchung liegt. Es soll anämisierend und kontrahierend auf die Gewebe wirken und vermag, bei reichlichster Verwendung, eine Zersetzung des Leimes zu verhindern. Daher können wir diesen Stoff nicht einfach aus den Formeln weglassen. Wahrscheinlich ist es gerade das Zinkoxyd, dem der Unnasche Leim seine allgemeine Verbreitung zu verdanken hat. Für die gewöhnlichen Fälle scheint aber ein Gehalt von 20% zu genügen.

Demnach lautet meine Formel für einen weichen Leim:

Aq.	55,0
Gelatin.	12,5
Glycerin.	12,5
Zinc. oxyd.	20,0

Dieser Leim schmilzt bei 37,75° C. und erstarrt bei 28° C. und besitzt eine Kontraktilität von 16 mm (für ein Stäbchen von 10 cm Länge innerhalb 5 Tagen).

Diese Procentverhältnisse sind viel günstiger, als die in den bislang üblichen magistralen Formeln beobachteten. (Vgl. S. 211.)

Für einen harten, recht kontraktilen Leim mit verhältnismäfsig niedrigen Temperaturen dient folgende Formel:

Aq.	50,0	*Glycerin.*	10,0
Gelatin.	15,0	*Zinc. oxyd.*	25,0

Dieser Leim schmilzt bei 38,75° C., erstarrt bei 31° C. und erreicht eine Kontraktilität von 22 mm (auf ein 10 cm langes Stäbchen).

Wo der Zinkleim weniger kontraktil zu sein braucht, nimmt man noch besser 15 Teile Glycerin für diese beiden Formeln unter entsprechender Verringerung der Menge des Zinkoxyds. Die Schmelztemperaturen sind bei dieser Variante die denkbar niedrigsten (je 36,5° und 38°).

Für die Poliklinik und die Armen-Praxis kann man sich auch folgender Formel bedienen:

Aq.	50,0	*Glycerin.*	10,0
Gelatin.	10,0	*Zinc. oxyd.*	30,0

Der Erstarrungspunkt liegt hier etwas niedriger; der Leim ist aber billiger.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Zur Therapie der staphylogenen Sykosis.

Von

Dr. LEO LEISTIKOW.

Wir verstehen unter staphylogener Sykosis die eiterige Entzündung derjenigen Haarbälge, welche kurze dicke Haare enthalten. Klinisch kann sich dieselbe als einfache Impetigopustel, als follikulärer und perifollikulärer Abscefs oder als tiefgehende furunkulöse Entzündung mit Haarschwund, totaler Haarbalgvereiterung und Narbengewebsbildung präsentieren. Die eigentliche Ursache dieser Erkrankung ist der Staphylococcus pyogenes, welcher auf dem Wege zwischen Haarschaft und Stachelschicht des Haarbalgs in den Follikel eindringt und durch Anlockung von Leukocyten eine Eiterung erzeugt.

Es soll im folgenden eine Zusammenstellung derjenigen Behandlungsmethoden gegeben werden, welche sich in der Privatpraxis der letzten fünf Jahre als besonders wirksam erwiesen haben.

I. Die Puderbehandlung.

Wir stellen die Puderbehandlung an die erste Stelle, weil sich dieselbe als die mildeste aller Behandlungsformen darstellt.

Die Indikation zu derselben bilden wenig zahlreiche kleine Impetigopusteln oder geringgradig entwickelte oberflächliche follikuläre und perifollikuläre Abscefsherdchen. Der Bart braucht nicht entfernt zu werden.

Als Pudergrundlage benutzt man am einfachsten den Zinkoxyd, die kohlensaure Magnesia und die Infusorienerde, welchen Schwefel, Ichthyol oder Resorcin zugesetzt wird. Den stark wirkenden Hg-Präparaten und antiseptischen Mitteln sind diese vorzuziehen. Will man dennoch eine antiseptische Wirkung erzielen, so wird das Zincum sulfocarbolicum in 1%iger Dosis zugesetzt. Wir verordnen demnach:

℞ *Magnes. carbonic.*	10,0
Zinc. oxydat.	15,0
Terr. siliceae	5,0
Sulf. praecip. sive *Ichthyol*	
sive *Resorcin*	1,0—3,0
event.	
Zinc. sulfocarbolic.	0,5
Mf. pulvis.	

Nebenher empfiehlt sich der Gebrauch der überfetteten Basis-, Ichthyol- oder Schwefelseife.

II. Die Behandlung mit Dunstverbänden.

Indikation: Bei geringgradig ausgebreiteter Folliculitis und Perifolliculitis pustulosa mit stark ausgeprägten entzündlichen Nebenerscheinungen des übrigen Hautgewebes und bei grofser Empfindlichkeit der Haut gegen Salben, Pasten, Salben- und Pflastermulle. Der Bart kann stehen bleiben.

Am Platze ist hier die essigsaure Thonerde in 2—5%iger und das Resorcin in 2%iger wässeriger Lösung in Form eines feuchten Verbandes. Man tränkt Watte mit der betreffenden Lösung, drückt die feinen nasssen Wattelagen fest auf die Bartgegend an und bedeckt mit Guttaperchapapier, Wachsleinwand oder Maske. Der Verbandwechsel erfolgt zweimal täglich. Hiermit gelingt es, zumeist in 5—14tägiger Anwendung die entzündlichen Begleiterscheinungen zurückzudrängen, zahlreiche follikuläre Abscefschen zur Resorption zu bringen und die hartnäckigeren Erkrankungsherde einer energischen Behandlungsform zugänglich zu machen.

III. Die Behandlung mit Salbenmullen.

Indikation: a) Als einleitende Behandlung bei ausgedehnter Folliculitis und Perifolliculitis pustulosa mit heftiger sekundärer Dermatitis, b) zur Milderung derjenigen Reizerscheinungen, welche während oder nach Anwendung stark wirkender Mittel auftreten; der Bart braucht nicht entfernt, mufs aber kurz geschnitten werden. Aus der grofsen Reihe der

Salbenmulle bewährt sich besonders der Zinkschwefel und der Zinksalicylsalbenmull. Nur selten ist es nötig, den Salbenmull ununterbrochen Tag und Nacht anzuwenden, in den meisten Fällen genügt die nächtliche Applikation. Die Salbenmulldecke mufs innig an die Haut angeschmiegt und mit einer Mullbinde fixiert werden. Bei nächtlichem Salbenmullverband müssen tags andere, für die Umgebung wenig sichtbare Mittel appliciert werden. Am besten eignet sich hier die Puder- und die gleich zu schildernde Pastenbehandlung.

IV. Die Pastenbehandlung.

Indikation: Bei ausgedehnter klein pustulöser Folliculitis und Perifolliculitis mit geringgradiger Infiltration und schwach ausgeprägten entzündlichen Nebenerscheinungen, bei komplicierenden Ekzemen, als interkurrente oder Nachbehandlung bei den vorher erwähnten und den noch zu beschreibenden Methoden. Der Bart mufs kurz geschnitten werden.

Als Pastengrundlage empfehlen wir die Pasta Zinci vulgaris, welche aus 10 Teilen Zinkoxyd, 2 Teilen Kieselgur und 28 Teilen benzoiertem Fett besteht.

Von Medikamenten für die Pastenbehandlung steht der Schwefel an der Spitze, am besten in Form der Pasta Zinci sulfurata. Rp.: Zinc. oxydat., part. 6, Sulfur, part. 4, Terr. silic., part. 2, Adip. benzoat., part. 28. Zur stärkeren antiseptischen Wirkung kann man der Zinkschwefelpaste auch Karbolsäure in 5%iger oder Salicylsäure in 3—5%iger Stärke zusetzen. Die letztere ist besonders auch bei derber Oberhaut am Platze. Auch das von Ihle zuerst empfohlene Resorcin eignet sich für die Pastenbehandlung, besonders dann, wenn der Schwefelgebrauch zu stark austrocknend wirkt. Von Hg-Präparaten kommt in erster Linie der Sublimat in Betracht, welchen wir gern mit Resorcin zusammen in Form unserer Resorcinsublimatzinkpaste verordnen. Rp.: Pasta Zinci vulgar. 30,0, Resorcini 1,0, $HgCl_2$ 0,1. Will man Pasten auch bei Tage anwenden, so empfiehlt es sich, denselben 1% Zinnober zuzusetzen; dieses ahmt die natürliche Hautfarbe nach, und die Paste ist deshalb für die Umgebung weniger sichtbar. Nebenher Gebrauch der überfetteten Grund-, Schwefel- resp. Sublimatseife.

V. Die Seifensalbenbehandlung.

Indikation: Bei denjenigen Formen der ausgebreiteten Sycosis, bei welchen es sich um eine sehr feste, derbe Beschaffenheit der Haut handelt, und besonders dann, wenn die Haare sehr dicht stehen und ein Entfernen, resp. Kürzen derselben verweigert wird.

Die Seifensalbengrundlage ist folgende:

Man kann die ganze Reihe der reducierenden Mittel der Seifensalbe einverleiben; als besonders wirksam erweist sich das Ichthyol in

starker Konzentration. Rp.: Sapon. unguinos. 20,0, Ichthyol 10,0. Etwaige Reizerscheinungen sind durch die Puder- oder Salbenmullbehandlung oder einfache Fett- oder Vaselineinreibung zu beseitigen.

VI. Die Salbenbehandlung.

In Form von Salben habe ich, so merkwürdig, wie es klingen mag, nur das Pyrogallol und Chrysarobin mit oder ohne Zusatz von Hydrarg. praecip. alb., nie aber milde Specifica in Gebrauch gezogen. Der Grund nun liegt darin, dafs bei allen diffusen Formen der Folliculitis der viel energischeren Pasten, Seifensalben- und Pflastermullbehandlung, vor der Salbengrundlage der Vorzug gegeben wurde. Nur die enorm austrocknend wirkende Eigenschaft des Pyrogallols und Chrysarobins veranlafste mich, diese Mittel nicht in der Pastenform zu applicieren. Auch ist es ja bekannt, dafs diese beiden topischen Mittel in Salbenform weniger vehemente Reizerscheinungen verursachen, als in anderer Form.

Indikation: Bei multiplen, tiefgehenden Follikulitiden und Perifollikulitiden mit derber Infiltration, aber auch bei circumskripten Erkrankungsherden in verzweifelten Fällen. Der Bart kann stehen bleiben.

Das Chrysarobin ist der Pyrogallussäure entschieden vorzuziehen; ich glaube deshalb, nur dann die letztere empfehlen zu können, wenn das Chrysarobin von der Haut nicht vertragen wird. Beide Mittel kommen in folgender Form am einfachsten zur Anwendung:

℞ *Acid. pyrogallic.* sive *Chrysarobin*	5,0
Ichthyol	5,0
Acid. salicylic.	2,5
Vaselin	100,0
Mf. Ung.	

Der Bart wird mit Wachsleinwand bedeckt und die letztere mit einer Mullbinde fixiert.

Ich habe viele Fälle mit dieser Methode ambulant behandelt, ohne dafs der Patient an das Zimmer gefesselt wurde. Zur Heilung der niemals ausbleibenden artificiellen Dermatitis eignet sich die nächtliche Zink- oder Zinkichthyolsalbenmull-Applikation, bei Tage die Anwendung von Coldcream, Zinksalbe oder Zinkpaste (am besten mit Zinnoberzusatz).

VII. Die Firnifsbehandlung.

Im Gegensatze zu den bisher beschriebenen Methoden verlangt die die Anwendung von Firnissen völlige Entfernung des Bartes.

Indikation: In allen Formen der ausgedehnten und umschriebenen Form der Sycosis staphylogenes, in denen eine Idiosynkrasie gegen Puder, Salbenmulle, Dunstverband, Salben und Pasten besteht. In dieser Hinsicht bewährt sich besonders der Ichthyolfirnifs. Rp.: Ichthyol, part. 40, Stärke, part. 40, Albuminlösung, part. 1½, Wasser ad 100. Die Anwendung erfolgt bei Tag und bei Nacht. Will der Patient bei Tage seinem

Berufe nachgehen, so beschränkt man sich auf die Nachtbehandlung und entfernt den Ichthyolfirnifs morgens durch Abwaschen. An seine Stelle tritt dann bei Tage die Applikation farbloser Firnisse. Wir gebrauchen als besonders reizloses Mittel den 5—10%igen Resorcinspiritus, welcher auf die erkrankten Partien aufgetragen wird. Nebenher Gebrauch der überfetteten Grundseife. Zu den Firnissen gehören alle spirituös-ätherischen Lösungen der verschiedensten Medikamente. Die meisten Specifica gegen Sykosis, wie Resorcin, Pyrogallol und Chrysarobin, können in Firnifsform in Gebrauch gezogen werden. Ich greife zu ihr, wenn Resorcinpasten und Pyrogallol- oder Chrysarobinsalben merklich reizen. Dann verordne ich den 5—10%igen Resorcinspiritus, 10%iges Pyrogallol, in Spiritus aethereus oder Spiritus aetheris nitrosi gelöst, oder 2%iges Chrysarobinchloroform. Der Resorcinspiritus kommt vorzugsweise unter tags, die beiden anderen Lösungen des Nachts zur Anwendung. Reizerscheinungen dieser Methoden werden am einfachsten durch nächtliches Einpinseln mit Zink- oder Zinkichthyolleim bekämpft.

VIII. Die Behandlung mit Pflastermullen.

Indikation: Bei umschriebenen derben Infiltraten und diffusen ausgebreiteten, tiefgehenden, furunkulösen Entzündungen. Der Bart mufs unter allen Umständen an den mit Pflastermullen bedeckten Stellen entfernt werden.

Ich empfehle den Hg-Karbol, den Resorcin- und den Salicylkreosotpflastermull (10 : 20). Man beginnt am einfachsten mit dem ersteren. Wir bedecken nachts die ganze Bartgegend, auch die gesunden Bezirke, um die Recidive und das Auftreten neuer Follikulitiden zu verhindern, mit dem Hg-Karbolpflastermull. Morgens erfolgt Reinigung der Haut mit Benzin. Bei Tage bedeckt man zweckmäfsig nur eine beschränkte Zahl von Sykosisknoten mit dem Pflastermull; im übrigen kommt die Puder-, Pasten-, Firnifs- oder die weiter unten stehende Ätzmittelbehandlung zur Wirkung. Nebenher geht Waschung der Haut mit überfetteter Basis-, $Hg\text{-}Cl_2$-Seife oder Kaliseifengeist.

Bleiben nun nach mehrwöchentlicher Hg-Karbolanwendung einige Herde bestehen, so bedecke ich dieselben mit Resorcin- oder in sehr hartnäckigen Fällen mit Salicylkreosotpflastermull. Die im Verlaufe der Anwendung der letzten beiden auftretenden Reizerscheinungen sind durch Zinkleim oder Zinksalbenmull am besten zu beseitigen.

Zur Nachbehandlung eignet sich die Pasten- oder Seifensalbenbehandlung.

IX. Die Behandlung mit Ätzmitteln

ist als Adjuvans bei der Pasten-, Seifensalben-, Firnifs- und Pflastermullapplikation indiciert. Sie kommt sowohl bei spärlichen, derben, um-

fangreichen Sycosisknoten, wie bei weniger voluminösen multiplen Herden in Betracht. Ich ätze mit starkem Resorcinspiritus (20—50%), oder mit konzentrierter Karbolsäure. Welchem von diesen dreien der Vorzug zu geben ist, ist schwierig zu entscheiden. Man ätzt am einfachsten mit einem zugespitzten Streichhölzchen oder Zahnstocher, an der Spitze mit einer Spur Watte umwickelt.

Nun bleibt noch eine wichtige Frage zur Beantwortung übrig: Wie verhalten wir uns den Barthaaren gegenüber?

Wir haben schon bemerkt, dafs bei dem Gebrauche von Pasten, Atzmitteln, Salbenmullen und feuchten Verbänden der Bart kurz geschnitten getragen werden mufs, dafs er bei der Applikation von Seifensalben und Salben aber ruhig stehen bleiben kann. Da der Bart bei der Firnifs- und Pflastermullmethode unter allen Umständen entfernt werden mufs, so ist das beste, ihn einfach zu rasieren. Grofse Empfindlichkeit des Patienten, sowie starke entzündliche Reaktion machen aber das Rasieren oft unmöglich. Ich empfehle für solche Fälle die Entfernung durch die Baryumsulfidpaste. Diese ist stets frisch zu bereiten. Ihre Bereitungsweise ist folgende: Man rührt Baryumsulfat, Kohle und Leinöl zu einer Paste an und glüht diese in einem intensiven Kohlenfeuer gut aus; man erhält dann ein dunkelblau gefärbtes Präparat, das Baryumsulfid BaS. Wir verordnen dann:

℞ *Baryumsulfid*		10,0
Zinc. oxydat.		
Amylum	āā	5,0
Mf. pulvis.		

Zum Gebrauch rühren wir das Pulver mit Wasser zu einer weichen Paste an und streichen diese mittelst eines Holzspatels ziemlich dick auf den Bart auf. Nach dem völligen Eintrocknen, d. h. nach etwa zehn Minuten, entfernt man das Depilatorium durch Abwaschen und Abtrocknen, und nun haben wir eine glatte, haarlose Haut vor uns.

Aufser der Enthaarung haben wir hier noch eine Schwefelwirkung auf der Haut, eine Wirkung, welche bekanntermafsen auch für die Folliculitis von Bedeutung ist.

Was nun die Komplikationen der Sykosis anbetrifft, so ist schon über die meisten derselben gesprochen worden; es erübrigt nur noch, einer der häufigsten Komplikationen zu gedenken, nämlich der zumeist bei Folliculitis subnasalis bestehenden Rhinitis catarrhalis. Ausspülungen mit dem Dekokt der Chinarinde (5%) unter Zuhülfenahme eines Gummiballons oder Nasendusche und nachträgliches Einführen von Zinkichthyolsalbenmull-Röhrchen erweisen sich als besonders wirksam gegen diese hartnäckige Komplikation.

Nun noch ein Wort über die Epilation. Bei allen Behandlungsmethoden ist dringend die Epilation anzuraten, schon allein deswegen

weil einerseits mit dem epilierten Haar eine zahlreiche Menge von Krankheitserregern eliminiert und andererseits der Boden des Follikels für eine geeignete Therapie besser zugänglich gemacht wird. Es ist empfehlenswert, die medikamentöse Behandlung im unmittelbaren Anschlusse an die Epilation vorzunehmen, denn sonst könnte der Ausbreitung der Staphylokokken, welchen durch die Epilation freie Bewegungsfähigkeit ermöglicht wird, erst recht Vorschub geleistet werden. Ich ziehe am liebsten die von Prof. R. Bergh in Kopenhagen angegebene Epilationspinzette in Gebrauch, welche vor anderen Pinzetten den grofsen Vorzug hat, dafs man das Haar sowohl spitz wie breit und auch mehrere Haare auf einmal fassen kann.

Zum Schlusse sei es noch gestattet, eine kurze Übersicht der sich für die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis am meisten eignenden Behandlungsmethoden zu geben:

A. Impetigopustel und oberfläche Folliculitis und Perifolliculitis pustulosa: Schwefelpuder oder Pasten: entweder Pasta Zinci sulfurata, event. mit Zusatz von 5 % Acid carbolic. sive Acid salicylic. oder Pasta Zinci vulgar. mit Resorcin und Sublimat im Verhältnis von 30:1:0,1. Hartnäckigere Herde sind mit 20—50 %igem Resorcinspiritus oder Acid carbolic. conc. zu ätzen.
   Bei sekundären, mehr oder minder heftigen Reizerscheinungen Applikation von Zinkschwefelsalbenmull oder Resorcindunstverband. Nebenher in allen Fällen Gebrauch der überfetteten Grund-Schwefel- oder $HgCl_2$-Seife.

B. Tiefgehende Sykosis mit derber Infiltration: In erster Linie Hg-Karbolpflastermull; hartnäckigere Erkrankungsherde erfordern Resorcin, event. Salicyl-Kreosotpflastermull oder Ätzungen mit 20—50 %igem Resorzinspiritus oder konzentrierter Karbolsäure. In besonders schwierigen Fällen Anwendung der 5 %igen Pyrogallol- oder Chrysarobinsalbe.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 9. Januar 1894.

(Originalbericht von L. Hoffmann Berlin.)

Herr Schütte **über die Behandlung der Sklerodermie** (mit Krankenvorstellung). Patient ist ein kräftiger junger Mann; er erkrankte plötzlich in den Gelenken, Ellenbogen und Kniekehle; es bildeten sich rote Stellen; er legte sich selbst Salben auf, und allmählich breitete sich die Krankheit immer mehr aus. Patient kam es vor,

als ob die Haut zu eng würde. Er wurde schliefslich der Klinik von Prof. LASSAR überwiesen.

Die Haut war glänzend, glatt, die Hauttemperatur war niedrig, es zeigten sich strichförmig verteilte graue und weifse Flecke, es war das Bild einer typischen Sklerodermie; Patient ging die Treppen hinauf, als wenn die Kniegelenke ankylosiert wären. Er wurde nun behandelt mit Salicyl-Vaselin, von 2% bis 10% steigend, es machte sich danach eine bedeutende Besserung geltend, er konnte allmählich die Treppen hinaufgehen und kann jetzt jede Bewegung frei machen. Der Urin wurde jeden Tag kontrolliert; es wurde eine geringe Menge Salicylsäure im Urin gefunden. — GOLDZIEHER stellte im vorigen Jahre eine Dame vor, welche derselben Behandlung unterzogen wurde; dieselbe ist bis jetzt als geheilt zu betrachten. Erwähnenswert ist ferner, dafs BOURGÉ in Lausanne, wie er in den *Therap. Monatsh.*, November 1893, beschreibt, Rheumatismus polyarticularis mit 10% Salicyl-Vaselin resp. Lanolin behandelt und mit dieser Methode dieselben Erfolge erzielt, wie mit Salicylsäure. — Das Salicyl-Vaselin hat in unserem Falle einen unverkennbaren Einflufs auf die Krankheit gehabt.

Herr LASSAR bemerkt, dafs man bei der letzten Vorstellung des Herrn GOLDZIEHER Zweifel hegte an dem Nutzen der Therapie. Hier ist es ganz eklatant.

Herr LEWIN: In einer Anzahl von Fällen verändert sich das Skleroderma bedeutend, während nach einiger Zeit wieder Recidive eintreten. Er wollte einen Patienten vorstellen mit Skleroderma in der linken Wade, gestern und vorgestern war es noch deutlich vorhanden, heute ist es bedeutend besser. In einzelnen Fällen wird Skleroderma von dem Verlaufe der Nerven beeinflufst; die Natur desselben scheint eine trophoneurotische zu sein.

Herr SCHÜTTE stellt noch ein Kind vor mit Skleroderma im Gesicht, das Kind leidet aufserdem noch an einer Hemiatrophia facialis; auch hier hat die Behandlung einen gewissen Einflufs ausgeübt.

Herr PETER **über generalisierte Vaccine** (mit Krankenvorstellung). Patient ist ein fünfjähriger Knabe. Gesicht, Brust, Arme und Streckseiten der Beine waren mit einem pustulösen Ausschlag von Erbsen- bis Fünfpfennigstückgröfse befallen, in der Mitte zeigten die Pusteln eine Delle; man mufste hier an Variola vera denken, wenn nicht das Allgemeinbefinden dagegen gesprochen hätte. Interessant ist hier die Anamnese: Der Knabe ist wegen eines Ekzems niemals geimpft worden; am 4. Oktober wurde seine zwei Jahre alte Schwester geimpft. Beide Kinder wurden in demselben Badewasser gebadet; in diesem mufs sich die Vaccine suspendiert haben und auf seinem Körper haften geblieben sein; die Pusteln heilten ab, es blieben Narben, ein Einflufs auf das Ekzem war nicht zu bemerken. — Nach DIETTER kommt die Generalisation zu stande durch Metastase der Lymphe auf dem Wege der Lymph- resp. Blutbahn. Doch scheint ein mechanischer Einflufs hier vorzuliegen, zumal die von der Epidermis befreiten Stellen hier befallen wurden.

Herr LEDERMANN hat ebenfalls einen zwölfjährigen Knaben mit Vaccine généralisée behandelt, wo zwischen den Schulterblättern die Erkrankung auftrat; wenn man nicht gerade annimmt, dafs durch die Kleider etc. eine Übertragung stattgefunden hat, so mufs man an eine Metastase auf dem Wege der Lymphbahnen denken.

Herr LEWIN stellt einen Patienten vor, welcher mit syphilitischen Erscheinungen zu ihm kam und nach Behandlung mit Quecksilberoxycyanid geheilt wurde. Derselbe zeigt nun augenblicklich an den distalen Capitula des ersten Gliedes beider Daumen Tumoren, die man als **Kallositäten** anzusehen hat.

Ferner zeigt er ein **fistulöses Geschwür** zwischen erstem und zweitem Finger. Es handelt sich hier um eine Gewerbekrankheit. Patient ist in der Viktoria-Molkerei

als Melker angestellt; er hält beim Melken den Daumen auf der einen, die vier Finger auf der anderen Seite; durch die häufigen Irritationen sind dann diese Kallositäten entstanden. Nicht ganz klar ist die Entstehung des Geschwüres; dasselbe zeigte ein eiterig-seröses Exsudat; gleichzeitig waren in demselben eine Menge Haare vorhanden; an Syphilis konnte man hier nicht denken, ebensowenig an Tuberkulose; es sind wahrscheinlich beim Melken Schmutz und Haare hineingekommen; die anderen Melker zeigten dieselben Erscheinungen; es wäre daher von Interesse, andere Molkereien daraufhin zu untersuchen.

Herr LEDERMANN über **Nervenlues** (mit Krankenvorstellung). Patient inficierte sich 1890 mit Schanker. Roseola; 1892 bekam er eine Iritis, welche nicht spezifischer Natur gewesen zu sein scheint, weil er mit Iridektomie behandelt wurde. Im vorigen Jahre bekam er ein Geschwür des rechten Beines, das sich auf den ganzen Unterschenkel ausbreitete; im Krankenhause wurde er unter Jodbehandlung geheilt. Patient kam dann mit einem neuen Geschwüre Ende November; er bemerkte eines Tages, dafs ihm das Bein wie eingeschlafen war; er hatte lanzinierende Schmerzen, Gürtelgefühl; der Patellarreflex war gesteigert, deutlich spastischer Gang, besonders Schwäche des linken Beines, Kältegefühl vom Knie aufwärts, bedeutende Blasenstörungen, deutliche Parese des Sphincter ani. Es kann sich hier nur um einen syphilitischen Prozefs des Rückenmarkes handeln, und zwar in der Gegend des letzten Dorsalnerven. Die Kranken werden meist sehr plötzlich davon befallen, sind nahezu gelähmt; der Kranke hat seit dieser Zeit ca. 140 g Jodkalium bekommen, er hat eine Schmierkur durchgemacht mit Resorbinquecksilber. Die Erscheinungen sind jetzt im Rückgange begriffen; er kann schon ziemlich gerade ohne Stock laufen, das Gürtelgefühl ist geschwunden, die Patellarreflexe sind nicht mehr so gesteigert, wie früher. Der Kranke hat augenblicklich eine Gingivitis. Auf eine Anfrage von Herrn ISAAC teilt der Vortragende mit, dafs er sich den Krankheitsprozefs als eine Kompressionsmyelitis vorstellt, durch gummöse Wucherungen von den Rückenmarkssäulen ausgehend, und zwar in der Gegend des letzten Dorsalwirbels.

Herr ISAAC meint, dafs man bei derartigen Fällen von vornherein mit gröfseren Dosen Merkur vorgehen mufs, mit 6—8 g, nicht mit 3 g.

Herr LEDERMANN: In Anbetracht der auftretenden Gingivitis war dies nicht möglich.

Herr HELLER stellt einen Fall von **Leukoderma non-specificum** vor bei einer Dame, deren Anamnese ergiebt, dafs sie als Kind an Drüsen gelitten hatte, und dafs ihr von einer „weisen Frau" eine Pflanzenabkochung gegeben wurde, und dafs hiernach Geschwüre aufgetreten sind, wonach die Narben zurückblieben. Auch in der Charité ist es für nicht spezifisch gehalten worden.

Herr IMMERWAHR: **Über einen Diplococcus urethrae** (mit Demonstration). Ich will Ihnen einen Diplococcus demonstrieren, den ich in der Urethra des Mannes bei dem Versuche, Gonokokken zu züchten, gefunden habe. Wie Sie wissen, gedeiht der Gonococcus Neisser nicht auf den gewöhnlichen Nährböden, sondern bedarf des Zusatzes des menschlichen Blutserums oder verwandter Flüssigkeiten. Ich stellte meine Züchtungsversuche, welche ich in der Klinik des Herrn Dr. O. ROSENTHAL ausgeführt habe, zuerst mit aus Placentarblut gewonnenem Serum an und erhielt auch mehrfach auf den Serumplatten gonokokkenähnliche Kolonien; leider gelang es nicht, dieselben zu isolieren und weiter rein zu züchten, da das Placentarblutserum kaum jemals vollständig keimfrei zu erhalten ist. Meine weiteren Versuche stellte ich nach der Angabe von MENGE (*Centralbl. f. Gynäkolog.* 1893. No. 8) mit der steril aufgefangenen Flüssigkeit eines Ovarialkystoms an. Bis jetzt ist es mir allerdings nicht gelungen, mit diesem Nährboden Gonokokken zu züchten, vielleicht ist der starke Mucingehalt

der Kystomflüssigkeit daran schuld. Jedenfalls setze ich die Untersuchungen fort und behalte mir vor, später über die Resultate derselben zu berichten. Ich fand dagegen auf den Platten, die ich von dem Urethralsekret eines an frischer Gonorrhoe erkrankten jungen Mannes anlegte, einen Diplococcus, welcher sowohl in der Form und Farbe seiner Kolonien, als auch in seiner Gestalt grofse Ähnlichkdit mit dem Gonococcus Neisser hatte. Im mikroskopischen Präparate des Urethralsekrets hatte ich zahlreiche Anhäufungen derselben Kokken gefunden, welche, wie die Gonokokken, um den Zellkern der Epithelien herumgelagert waren. Der Diplococcus entfärbt sich gleichfalls nach Gram, wie der Gonococcus Neisser, aber er wächst auch auf den gewöhnlichen Nährböden und bewahrt seine Lebensfähigkeit viel längere Zeit, als jener. Die isolierten Kokken sind auch etwas gröfser, als der Gonococcus, sie messen ungefähr 1 μ, es finden sich jedoch kleinere und gröfsere.

Während sich also dieser Diplococcus vom Gonococcus Neisser genau differenzieren läfst, unterscheidet er sich auch wesentlich von allen bis jetzt von Bumm, Lustgarten, Mannaberg, Steinschneider, Petit und Wassermann u. a. beschriebenen Diplokokken der Urethra des Mannes. Seine Kolonien auf Agar sind von grauer Farbe und werden nicht gröfser als 1—2 mm im Durchmesser. Gelatine verflüssigt er nicht, sondern wächst auf derselben nur langsam.

Nach den vergleichenden Untersuchungen, die ich angestellt habe, scheint dieser Diplococcus identisch zu sein mit einem im Februar 1893 von Hugounenq und Eraud beschriebenen Diplococcus der Urethra, welchen dieselben Orchiococcus nennen. Diese Autoren haben diesen Coccus sowohl in der normalen Urethra saprophytisch, als auch in der blennorrhagisch erkrankten gefunden, und behaupten, dafs derselbe stets zu finden sei, wenn später Epididymitis hinzutrete; seine Gegenwart bedinge dieselbe aber keineswegs. Experimentell konnten sie durch Einspritzung einer Reinkultur in den Hoden eines Hundes Orchitis erzeugen. Auch haben sie das Toxalbumin des Coccus sowohl aus der Reinkultur, als auch aus dem Eiter einer Orchitis purulenta dargestellt und mit demselben noch stärkere Wirkungen erzielt, als mit der Reinkultur.

Die experimentellen Untersuchungen habe ich bis jetzt nicht nachprüfen können; jedenfalls kann ich aber bestätigen, dafs ich bis jetzt in zwei Fällen von Epididymitis den sogenannten Orchiococcus im Urethralsekret gefunden habe. Ob sich bei dem Patienten, aus dessen Urethra ich zuerst den Orchiococcus gezüchtet habe, eine Epididymitis eingestellt hat, kann ich vorläufig nicht angeben.

Herr Casper: Aus den Präparaten, wenigstens aus der im Gesichtsfeld liegenden Stelle habe er nicht die Überzeugung gewonnen, dafs es sich um einen Diplococcus handle, es sind Haufen von Kokken; das Charakteristische des Diplococcus ist, dafs sie immer zu zweien liegen. Das Bild ist mehr dem der Staphylokokken ähnlich.

Zur Diskussion sprechen noch weiter Herr Rosenthal und Herr Immerwahr.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Lewin: **Über Leukoderma.** Herr Isaac die Frage, ob Leukoderma für Syphilis charakteristisch sei, wie es von der Neisserschen Schule angegeben wird, ist von grofsem Interesse. Es ist jedoch unleugbar, dafs die Fälle von Leukoderma non specificum verschieden sind von denen spezifischer Natur. Leukoderma syphiliticum ist in einer Weise angeordnet, wie die Formen der syphilitischen Hauterkrankungen; die bilaterale Symmetrie, die eigentümlich angeordneten Gruppen, die Form und Gestalt der Flecke etc. sind charakteristisch. Es ist überhaupt fraglich, ob es sich um Narbenbildung handelt, wie in dem vorliegenden Falle, wo an die Stelle der Haut Bindegewebe getreten ist; diese Flecke waren mehr länglich, nicht ringförmig. Als diagnostisches Hülfsmittel für Lues ist Leukoderma nicht zu entbehren.

Herr Rosenthal schliefst sich im allgemeinen den Ausführungen des Herrn

Isaac an. Jeder Fall von Leukoderma ist jedenfalls suspekt für Lues. Der von Herrn Heller vorgestellte Fall ist kein reines Leukoderma, weil Narben sicher vorhanden sind. Diese Narben liegen unter dem Niveau der Haut; manche Flecke sind absolut zackig und zeigen nicht die eigentümlich rundliche, für Syphilis charakteristische Form.

Herr Heller erwähnt einen Fall von Leukoderma bei einem 8jährigen Mädchen; es waren drei Zonen vorhanden, in der Mitte ein kleiner roter Fleck von einem pigmentarmen Kranz umgeben, daran die normale Haut sich anschliefsend.

Herr Ledermann macht darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, genau auf Lues bei Leukoderma zu untersuchen. Er habe ein Mädchen mit einem schönen Leukoderma behandelt; jedes Zeichen von Lues fehlte augenscheinlich; bei näherer Untersuchung fanden sich auf der Vagina Plaques muqueuses.

Herr Lewin erinnert an zwei vorgestellte Patienten ohne eine Spur von Lues. Herrn Isaac gegenüber bemerkt er, dafs für das syphilitische Exanthem die bilaterale Symmetrie durchaus nicht erforderlich ist, Psoriasis syphilitica kommt nicht symmetrisch vor; selbst Roseola, ebenso das ulceröse und gummöse Syphilid braucht nicht symmetrisch vorzukommen. Er selbst hat die Patienten genau untersucht, die oft monatelang in der Charité waren und nie ein Zeichen von Lues zeigten. Bei Leuten, die vor 5—6 Jahren syphilitisch waren, trat das Leukoderma stärker auf; ca. 60% von diesen waren davon befallen.

Herr Lassar: Nach den Ausführungen des Herrn Lewin dürfte das Leukoderma eher unter die postsyphilitischen Symptome zu rubricieren sein, zumal es nicht beeinflufst wird durch antisyphilitische Behandlung. Man mufs die postsyphilitischen Zerstörungen ebenso wie bei den postepileptischen Veränderungen unterscheiden von den floriden aktiven Erscheinungen.

Zur Diskussion sprechen noch Herr Rosenthal und Herr Palm. Herr Lewin hebt noch die mit ihm übereinstimmenden Ansichten anderer Autoren wie Kaposi, Fournier etc. hervor.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 18. Januar 1894.

Vorsitzender: E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Du Castel stellt einen Fall von **Lymphangitis syphilitica der Vulva** vor.

Gaston spricht abermals über die als **Glossitis marginata exfoliativa** bekannte Erkrankung des Mundes. Besonderes Gewicht legt er darauf, dafs die meisten derartigen Patienten entweder selber syphilitisch sind, oder von einem syphilitischen Vater, bezw. von einer syphilitischen Mutter abstammen. Mag also auch das Wesen dieser Erkrankung worin immer bestehen, allemal scheint die Syphilis einen günstigen Boden für ihre Entwickelung abzugeben.

Hallopeau und Brodier stellen einen Patienten mit **Dermatitis herpetiformis vegetans** vor und knüpfen daran folgende Schlufssätze:

1. Die Mehrzahl der bullösen Hautausschläge können granulierende Knötchenbildungen (Saillies végétantes) im Gefolge haben.

2. Derjenige Reiz, der zur Blasenbildung führt, giebt viel häufiger als die vesikulöse Entzündung die Ursache für die Proliferation des Papillarkörpers ab.

3. Die vegetierenden Knötchen können sich in der Dermatitis herpetiformis verallgemeinern, am zahlreichsten sind sie aber in der Nähe der Gelenkfalten.

4. Sie haben nur einen vorübergehenden Bestand und verschwinden nach einigen Wochen wieder, ohne weitere Spuren als verfärbte Stellen zu hinterlassen.

5. Die Blasen, denen sie ihren Ursprung verdanken, entstehen nicht durch Autoinokulation, sondern bilden sich anfallsweise über den ganzen Körper. Eine örtliche Behandlung bleibt völlig wirkungslos und vermag ihre Ausbreitung in keiner Weise zu verhindern. Sie unterscheiden sich durch dies Verhalten wesentlich von den Vesiko-Pusteln, den Elementen einer Hautkrankheit, die von einem der beiden Verfasser als Dermatitis pustulosa chronica mit herdweisem Auftreten und exzentrischem Verlaufe beschrieben worden ist.

6. Zu den Vorläufern der Dermatitis herpetiformis gehören Kopfschmerzen, Dyspnoe, Durchfall, Hyperästhesie, Gliederschmerzen und Krampfanfälle.

7. Wahrscheinlich entstehen diese Störungen infolge der im Blute kreisenden Toxine, welche in letzter Linie die Hautreizung veranlassen und welche zweifelsohne auch an ihrer Oberfläche ausgeschieden werden.

8. Trotzdem die ganze Körperfläche unaufhörlich befallen wird und anfangs auch Fieber besteht, kann das Allgemeinbefinden doch leidlich befriedigend bleiben.

Louis Wickham: **Tabetische Mundgeschwüre.**

Wickham beschreibt ein Mundgeschwür, das im Verlaufe der Tabes auftritt. Diese bislang noch nicht beschriebenen Geschwüre sind so charakteristisch, daſs man bei ihrem Vorhandensein sofort die Diagnose Tabes stellen kann.

Ihre wichtigsten Eigenschaften sind folgende:

1. Der Sitz an den Alveolen. Die Ulceration sitzt ganz oder mindestens zum Teil an den Alveolen; sie nimmt von hier aus ihren Anfang und dehnt sich dann mehr oder weniger weit auf die benachbarte Schleimhaut aus.

2. Das Aussehen. Das Geschwür sieht gleichmäſsig grau aus. Die Ränder sind weder abgelöst noch granulierend; die ganze umgebende Schleimhaut ist auſserdem blaſs. Das Geschwür blutet leicht und hat ein übelriechendes Sekret.

3. Die Indolenz und die Anästhesie. Subjektive Beschwerden fehlen fast ganz; der Patient fühlt sich nur ein wenig belästigt.

4. Bei der Untersuchung mit der Sonde entdeckt man häufig irgend eine Fistel, durch die man auf bloſsen, nekrotischen Knochen gelangt.

5. Chronischer, träger Verlauf ohne entzündliche Reaktion.

6. Das Fehlen der Zähne. Dieselben sind ganz oder teilweise weg; sie sind ausgefallen, ohne Schmerzen zu verursachen.

7. Entstellung der Kiefer. Das Gaumengewölbe enthält Furchen und Einsenkungen; die Alveolenränder sind verdickt oder atrophisch; die sie bedeckende Schleimhaut ist bald mehr, bald weniger narbig. Beim Überstreichen mit dem Finger bemerkt man eine starke Unregelmäſsigkeit des Knochens.

8. Sichere anamnestische Zeichen. Durch Aufnahme der Anamnese wird man das Zustandekommen dieser Knochenmiſsbildungen u. s. w. begreifen. Es haben vorher Abscesse und Nekrose der Kiefer bestanden, Knochensequester wurden ausgestoſsen u. s. w. Die Zähne fielen vor dem Beginne der Ulceration aus, und alle diese Veränderungen vollzogen sich ganz in der Stille, ohne viele Schmerzen zu verursachen.

Alle diese Angaben gestatten, die Tuberkulose, die Syphilis, die Phosphor-Nekrose, die Stomatitis mercurialis auszuschlieſsen. Etwas mehr Schwierigkeiten bereitet schon die Unterscheidung von der „Periostitis alveolo-dentalis infectiosa", eine Erkrankung, die bisweilen mit starker Knochenbeschädigung einhergeht.

In der Geschichte der Tabes gebührt dieser Ulceration ein Platz neben den Zahn- und Knochenerkrankungen und dem Mal perforant. Denn es handelt sich hier um ein wirkliches „Mal perforant des Mundes". Entweder haben wir es mit trophischen Störungen zu thun, die unmittelbar von der Tabes abhängen, oder aber es kommt

eine Periostitis alveolo-dentalis infectiosa hinzu, eine Erkrankung sui generis, der durch die Tabes ein günstiger Boden für ihre Entwickelung bereitet wird. Wie dem aber auch sein mag, ob nun die Tabes die eigentliche Ursache oder nur eine Veranlassung abgiebt, immer ist bei gewissen Ulcerationen der Mundschleimhaut an Tabes zu denken.

L. Brocq: **Die Prurigo simplex und ihre Varietäten.**

An der Hand verschiedener einschlägiger Beobachtungen hat Brocq diejenige Dermatose, der Vidal den Namen Lichen simplex acutus gegeben hat, einer eingehenderen Untersuchung unterzogen. Für gewöhnlich fängt diese Krankheit ziemlich plötzlich an, ohne den sonstigen Gesundheitszustand sonderlich zu verändern. Zuweilen scheint das Leiden mit Urticaria-Elementen anzufangen; zum mindesten scheinen sich die charakteristischen Papeln auf dem Boden einer Urticaria zu entwickeln. Zuerst erkranken fast immer die Oberextremitäten, besonders die Aufsenfläche der Vorderarme rings um die Ellenbogen, seltener schon der Hals und die Unterextremitäten; jedoch kommt es auch zuweilen vor, dafs der Ausschlag alle seine Vorzugsgegenden gleichzeitig befällt: die Aufsenfläche der Gliedmafsen, die Kniee und Ellenbogen, die Rückfläche der Hände und Finger, den Hals, das Gesäfs, Vorder- und Rückenfläche des Rumpfes, den Fufsrücken und endlich das Gesicht.

Das charakteristische Element der Prurigo besteht aus einer kleinen, bald rosa, bald mehr oder weniger lebhaft rot gefärbten Papel, die im Durchschnitt die Gröfse eines dicken Stecknadelkopfes erreicht; zuweilen ist auf ihrer Spitze ein Bläschen angedeutet, während man nur selten eine ausgebildete Vesikel trifft. Im weiteren Verlaufe entsteht auf ihrer Spitze ein festsitzendes Krüstchen, das sich beim Eintrocknen der Papulo-Vesikel bildet. Ab und zu stöfst man noch auf Papeln mit schwarzer, zentraler Kruste, die eine Folge des Kratzens sind. Im Verlaufe von 8—10 Tagen bilden sich die Papeln völlig zurück; sie verschwinden dann entweder gänzlich, ohne Hinterlassung jeglicher Spur, oder es bleibt auch eine Zeitlang eine leichte Verfärbung, bisweilen sogar eine oberflächliche, weifsliche Narbe zurück.

Die einzelnen Elemente stehen immer getrennt voneinander; niemals geben sie zur wirklichen Ekzem- oder Lichenbildung Anlafs.

Das Leiden ist mit äufserst heftigem Jucken verbunden, das sich des Abends und während der Nacht meistens zu paroxysmatischen Anfällen steigert.

Die Dermatose verläuft anfallsweise; die einzelnen Anfälle werden immer schwächer und bleiben schliefslich ganz aus; jedoch wechseln auch längere Zeiten der Ruhe mit stärkeren Rückfällen.

Die Gesamtdauer der Krankheit schwankt in der Regel zwischen 2—9 Wochen. Rückfälle scheinen recht häufig zu sein; manchmal kehren sie ziemlich regelmäfsig zu bestimmten Jahreszeiten, namentlich während des Sommers, wieder, aber auch, wenn die Patienten sonstwie hohen Temperaturen ausgesetzt sind.

Das Leiden wird bei Erwachsenen, wie auch im ersten Kindesalter beobachtet. Beim Erwachsenen nennt man es „Urticaria, Prurigo atypica, Eccema papulosum disseminatum, Erythema papulosum u. s. w. Bei Kindern: Strophulus mit verschiedenen Beiwörtern und Urticaria infantilis.

Nun lassen sich aber gegen die Bezeichnung Lichen simplex acutus verschiedene Gründe anführen. Denn 1. will die grofse Mehrheit der Dermatologen die Bezeichnung „Lichen" für den Lichen ruber und seine Varietäten bewahrt wissen; 2. es läfst sich zwischen E. Vidals Lichen simplex acutus und Lichen simplex chronicus kein wirklicher Zusammenhang herstellen, vielmehr scheint es, als ob diejenigen chronischen Formen, die dem Lichen simplex acutus entsprechen, mit dem Lichen simplex chronicus gar nichts zu thun haben. Da nun aber unsere Dermatose infolge ihrer papu-

lösen Elemente mit der Prurigo Hebra verwandt ist, so möchte ich sie Prurigo simplex acuta nennen, durch welche Bezeichnung ich sie von der Prurigo Hebra unterscheide, da ihr ja jede wirkliche Lichen- oder Ekzembildung abgeht.

Gehen wir nun von dieser Prurigo simplex acuta aus, so finden wir bei der Analyse der klinischen Beobachtungen eine ganze Reihe von Übergangsformen, die sich aus chronischen, hartnäckigen, rückfälligen Formen zusammensetzen, die alle mit der Hebraschen Prurigo Ähnlichkeit aufweisen, die sich aber sämtlich durch das Fehlen von Ekzematisation und Lichenfikation von ihr unterscheiden. In dieser Reihe haben wir einmal Fälle von langer Dauer, die sich über mehrere Monate erstrecken, vor uns, Fälle, die den Namen Prurigo simplex subacuta verdienen; ferner wirklich chronische und hartnäckige Fälle, denen die Bezeichnung Prurigo simplex chronica recidiva zukommt. Unter diesen letzteren befinden sich einzelne, die in ihrer Gesamterscheinung die Physiognomie der typischen Fälle widerspiegeln, während sich andere durch einen ungewöhnlichen Sitz des Ausschlages, oder durch eine Verschlimmerung während des Winters auszeichnen. Diese Fälle müssen als Prurigo simplex chronica atypica bezeichnet werden.

Sabouraud: **Drei Punkte, betreffend die Geschichte des Trichophytons.**

Beim Durchblättern der auf die Trichophytiasis bezüglichen Litteratur habe ich gefunden, dafs die Differenzierung des Pilzes in drei verschiedenen Typen, wovon ich in der Société de Dermatologie schon mehrfach gesprochen habe, bereits vor 50 Jahren bekannt war.

Mehr als jeder andere fühle ich mich verpflichtet, dem ersten Beobachter zu seinem Rechte zu verhelfen. Seine Arbeiten finden sich überall angeführt, scheinen aber von niemandem gelesen zu sein. Es mag dies entschuldigen, dafs ich bis vor kurzem ihren Inhalt nicht kannte.

1. Im Jahre 1842 hat Gruby in einer für die Akademie der Wissenschaften bestimmten Abhandlung den Parasiten der Bart-Trichophytiasis beschrieben, dessen botanische Natur uns nunmehr bekannt ist. Er hat über diesen Parasiten genau dasselbe beobachtet, wie ich, dafs er nämlich seinen Sitz zwischen Haar und dessen Follikelschaft hat.

2. Die zweite Abhandlung von Gruby (1843) trägt die Überschrift: „Untersuchungen über die Natur der Porrigo decalvans“, das ist Beschreibung des Parasiten, den ich Trichophyton microsporon genannt habe, der aber von nun an Trichophyton microsporon Audouini heifsen mufs. In dieser Arbeit sind die besonderen Eigenschaften des Pilzes, die Kleinheit seiner Sporen, ihre Juxtaposition ohne Ordnung, die Hülse, die sie um jedes kranke Haar herum bilden, das Vordringen des Parasiten von oben nach unten u. s. w., mit einer so bewundernswürdigen Genauigkeit beschrieben, dafs ich danach sogar meinerseits mehrfache Irrtümer in der Beobachtung des Parasiten richtig stellen konnte.

Unglücklicherweise trug diese Abhandlung, deren Verfasser nur Mikroskopiker und nicht auch Dermatologe war, den Namen Porrigo decalvans, eine Bezeichnung, die bis dahin ausschliefslich für die Alopecie in Gebrauch war.

Es ist dies die Abhandlung, von der es seit 50 Jahreen heifst, sie beschreibe einen kryptogamen Parasiten der Alopecie, den seither niemand ausfindig machen konnte.

3. Die dritte Arbeit von Gruby (1844) behandelt den Parasiten, den ich Trichophyton megalosporon getauft habe. Er beschreibt seine grofsen, „rosenkranzförmig gegliederten“ Sporen, die sich im Innern der Haare aufhalten und im Gegensatze zu dem Microsporon Audouini aus der Tiefe nach oben wachsen u. s. w.

Diese dritte Abhandlung schildert noch einmal in knappen und klaren Worten

die Eigenschaften der drei Parasiten der Trichophytiasis, die ich mit Hülfe des Züchtungsverfahrens erst in den letzten Jahren unterscheiden gelernt habe.

Diese drei Trichophyton-Arten sind:

Tr. megalosporon endothrix (Tr. des Menschen).

Tr. megalosporon ectothrix (Tr. der Tiere).

Tr. microsporon Audouini (hartnäckiger Haarschwund bei Kindern).

Ihre Entdeckung ist das Verdienst von Gruby. Dadurch, dafs ich diesen Befund, ohne es zu wissen, bestätigt habe, dafs wir beide, unbekannt miteinander, zu den nämlichen Ergebnissen gekommen sind, wird diese Trennung der Trichophytiasis in drei verschiedene Krankheitsgruppen wohl um so weniger angefochten werden.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Heft 2. 1894.

I. **Extragenitale Syphilisinfektion, 539 Fälle,** von R. Krefting Christiania. Verfasser wirft zunächst einen historischen Rückblick auf die diesbezügliche Litteratur und giebt interessante statistische Daten über das Vorkommen extragenitaler Syphilisinfektion in den verschiedenen Ländern Europas.

In dem Krankenhospital zu Christiania wurden in einem Zeitraum von 25 Jahren 2916 Patienten mit Syphilis, genital inficiert, behandelt. In demselben Zeitraume befanden sich im Hospital 539 Patienten, die auf extragenitalem Wege inficiert worden, also 15,6% sämtlicher Kranken waren extragenital angesteckt. Von der letzteren Infektionsart sind die Frauen bei weitem häufiger betroffen, als die Männer. Auf 1354 genital inficierte Männer kommen 61 extragenital, d. i. 4,3%, während auf 1562 genital inficierte Frauen 231 mit extragenitaler Infektion, d. i. 12,8%, kommen. Was die Lokalisation der extragenitalen Infektion betrifft, so sind Lippeninfektion 51%, Racheninfektion 20%, Brustdrüseninfektion 20%, Zungeninfektion 3,5%.

Verfasser giebt im folgenden kurz die klinischen Symptome an, welche für die extragenitalen Infektionen charakteristisch sind. Das beste pathognomonische Zeichen für Lippeninfektion mufs in der holzharten Geschwulst der Submaxillar- und Halsdrüsen, besonders auf der Seite, wo die Primäraffektion ihren Sitz hat, gesucht werden. Bei der Racheninfektion kommt am häufigsten der Tonsillarschanker vor, und zwar ist meistens nur eine Tonsille, nach Pospelow die rechte, nach Krefting die linke mehr ergriffen. Die hervorstechendsten Symptome sind Beschwerden beim Schlucken, einseitige Geschwulst und Hyperämie der Tonsillen, die sich oft, scharf begrenzt, bis auf die Gaumenbögen und gegen die Uvula erstreckt, knorpelharte Konsistenz und starke Geschwulst der Submaxillardrüsen, besonders derjenigen hinter dem Angulus maxillae, sowie der lateralen Halsdrüsen auf derselben Seite der Primäraffektion und eine durch die einseitig geschwollenen Drüsenpakete veranlafste, sehr auffallende Deformation des Halses.

Bei der Brustdrüseninfektion ist die Basis der Brustwarze, meist in mehr oder weniger unregelmäfsiger Halbmondform, ergriffen.

Was die Art der Ansteckung betrifft, so sind vier Fünftel sämtlicher Fälle per os inficiert. Es fand Übertragung statt durch Efs- und Trinkgerätschaften, durch Kufs, Pfeife und Cigarren, durch Saugen an den Brüsten etc.

Der Verlauf der Krankheit bei den extragenital inficierten Patienten war in der Mehrzahl der Fälle ein schwerer. Bei der Behandlung kamen weniger Quecksilberpräparate, als Jodkalium und roborierende Mittel, wie Eisen und Chinin, in Anwendung.

In den letzten vier Jahren des oben erwähnten Zeitraumes hat die Gesamtzahl der Syphilispatienten in Christiania, resp. Norwegen zugenommen, was Verfasser auf die im Jahre 1888 erfolgte Aufhebung der Prostitution in Christiania zurückführt. Dagegen hat die Zahl der extragenital inficierten Fälle stark abgenommen. Verfasser findet für diese auffallende Erscheinung keine andere Erklärung, als dafs in der letzteren Zeit unter dem Volke sich die Kenntnis ansteckender Krankheiten mehr verbreitet hat und dafs die Furcht vor Ansteckung zu gröfserer Reinlichkeit und Vorsicht im Hauswesen beigetragen hat.

II. **Bemerkungen zur Behandlung der Nasenhöhlensyphilis**, von L. Schuster-Aachen. Verfasser, der in der letzten Zeit Gelegenheit hatte, mehrere derartige Fälle zu beobachten und zu behandeln, verkennt durchaus nicht die Schwierigkeit, eine sichere Diagnose zu stellen und ein klares Bild von der In- und Extensität und von der Beschaffenheit der syphilitischen Produkte in der Nasenhöhle, namentlich der hinteren Partie derselben, zu erhalten. Dieser Schwierigkeit wird es wohl zuzuschreiben sein, dafs die örtliche Behandlung der Nasenhöhlensyphilis seitens der praktischen Ärzte vielfach unzulänglich ist oder ganz vernachlässigt wird, dafs sogar Syphilidologen und Rhinologen die lokale Therapie für überflüssig und die Allgemeinbehandlung in solchen Fällen für vollständig ausreichend halten. Verfasser teilt diese Ansicht nicht. Bei Eiterungen und Zerfallsprozessen des Naseninnern hat die nach den geltenden Grundsätzen der Antisepsis streng durchgeführte lokale Wundbehandlung mit der spezifischen Allgemeinbehandlung Hand in Hand zu gehen.

An erster Stelle mufs das erkrankte Gebiet vollständig ausgereinigt, die Nasenhöhle von Borken, Krusten, klebrigen und schmierigen Sekretmassen befreit werden. Als nützliches Instrument erwies sich hierbei dem Verfasser seit Jahren die neuerdings von Grünwald wieder so warm empfohlene Nasensonde, welche nicht nur beim Abtasten des erkrankten Gebietes, sondern mit Wundwatte umwickelt als Wischer vorzügliche Dienste leistet. Nach gründlicher Reinigung der Nasenhöhle und vollständiger Freilegung der Wundflächen werden die letzteren mit desinficierenden Substanzen in flüssiger oder Pulverform bedeckt. Verfasser beschreibt sein Verfahren ausführlich.

Man gewinnt den Eindruck, dafs man, um derartige Fälle von Nasenhöhlensyphilis gewissenhaft und erfolgreich zu behandeln, nicht nur Syphilidologe, sondern auch Chirurg und Rhinologe sein mufs.

III. **Über den bakteriologischen Befund und die anatomischen Veränderungen bei der Urethritis gonorrhoica des Mannes**, von M. Dinkler-Heidelberg. Verfasser hat bei Gelegenheit eines in der Erbschen Klinik letal verlaufenen Falles von tuberkulöser Meningitis und gleichzeitig bestehender florider gonorrhoischer Urethritis an dem post mortem amputierten und in einzelne Stücke von ca. $1^1/_2$ cm Länge zerlegten Penis eingehend die pathologische Anatomie der gonorrhoischen Urethritis studiert.

Was zunächst die Häufigkeit und das Verhalten der Gonokokken im Gewebe der Urethra betrifft, so fand Verfasser solche aufserordentlich spärlich und zwar nur in den oberen Schichten des Epithels und des eitrig infiltrierten submukösen Gewebes. Die anatomischen Veränderungen, welche die Urethralschleimhaut in dem erwähnten Falle darbot, schildert Verfasser resumierend in folgenden Schlufssätzen:

1. Das Epithel ist in den geringer erkrankten Gebieten (etwa der vorderen

Hälfte der Glans und der hinteren zwei Drittel der Pars cavernosa penis) gelockert, kleinzellig infiltriert und partiell desquamiert. Im Bereiche der hinteren Hälfte der Glans, sowie des sich anschliefsenden vorderen Drittels der Pars cavernosa ist es grofsenteils mortificiert oder gänzlich abgestofsen; die noch erhaltenen Reste zeigen vielfach eine Umwandlung in Plattenepithel (transitorische Metaplasie).

2. Das submuköse Gewebe ist unter den erhalten gebliebenen Epithelstrecken flächenhaft und umschrieben (unter Bildung von Knötchen mit lymphoidem Bau), kleinzellig infiltriert. An den epithellosen Stellen ist das Bindegewebe von Eiterzellen durchsetzt und in Einschmelzung begriffen; einzelne Partien sind aufserdem nekrotisch geworden und abgestofsen.

3. Die Kapillargefäfse sind im Bereiche der eiterigen Entzündung häufiger mortificiert und ihre Lichtung durch einen Thrombus geschlossen. In den übrigen Teilen ist die Gefäfswandung kleinzellig infiltriert und verdickt.

4. Bezüglich der Verbreitung des gonorrhoischen Prozesses sprechen die geschilderten anatomischen Veränderungen für die Richtigkeit der klinischen Erfahrung, dafs die Gonorrhoe beim Manne zunächst nur als Urethritis anterior verläuft.

IV. **Über Cysticercus cellulosae in der Haut des Menschen**, von G. Lewin-Berlin. (Schlufs.) Symptomatologie. Die Symptome, welche der Parasit macht, treten meist nur sehr langsam mit der allmählichen Vergröfserung desselben auf. Die Kasuistik zeigt, dafs sowohl die sensible und motorische, als auch vasomotorische und selbst trophische Sphäre mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen wird. Die einen Patienten empfinden an Gicht erinnernde Schmerzen, und es wurden die Tumoren für Gichtknoten gehalten. Einzelne Autoren melden über Muskelschmerzen, Wadenkrämpfe, über Sensibilitätsstörungen, Abgeschlagenheit und Müdigkeit bei Bewegung der erkrankten Teile; andere berichten, dafs ihre Patienten je nach dem Sitze des Tumors in der Haut über schmerzhaftes Ziehen in der Bahn des N. ulnaris volaris, über Schmerzen im Verlaufe des N. ischiadicus dexter, über remittierende, einseitige Kopfschmerzen etc. geklagt haben. Es sind ferner Hämorrhagien und Abscedierungen beobachtet worden. Muskelkrämpfe, Diarrhoen, Erbrechen können vorkommen und haben in einem Falle während einer Choleraepidemie zur irrigen Annahme von Cholera geführt. Die Sektion klärte den Irrtum auf.

Die Diagnose ist nicht leicht. Es handelt sich beim Cysticercus um eine im subkutanen Gewebe sitzende und von einer, durch entzündliche Reaktion entstandenen, bindegewebigen Kapsel umgebene, mehr oder weniger verschiebbare oder bewegliche, zuweilen aber nicht immer über das Niveau der Haut prominierende, je nach dem Alter verschieden grofse, runde oder ovale, prall elastische, nahezu knorpelharte, glatte Geschwulst, die sowohl solitär, als auch in grofser Anzahl beim Menschen auftreten kann. „Den entscheidenden Beweis für den Cysticercus liefert die Exstirpation desselben. Man macht vorsichtig einen Einschnitt in die Cutis, dessen Länge und Tiefe der Form und dem Sitze des Wurmes entspricht und verfährt dann ganz wie beim Ausschneiden eines Atheroms. Nach weiterer Trennung der die Cysticercusblase umgebenden bindegewebigen Kapsel zeigt die darunterliegende Blase meist eine wellige Oberfläche. An einer Stelle der Blase macht sich mehr oder weniger deutlich eine Einziehung bemerklich, von deren Inneren ein derber, weifslicher, stecknadelkopfgrofser, runder Körper durch die Blasenwand durchscheint. Dieser Körper bildet einen birnförmigen Sack, welcher den Kopf handschuhartig umhüllt. Der Kopf ist der der Taenia. Er ist quadratisch und zeigt vier etwas prominierende Saugnäpfe, in deren Seite das Rostellum mit den 24—30 Haken und Häkchen liegt. Diese bilden zwei konzentrische Kreise, in deren äufserem die Häkchen gröfser sind, als die in dem inneren. Die Haken stecken meist in pigmentierten Taschen. Dem Kopf folgt

ein kürzerer oder längerer, quergerunzelter Stiel, der Halsteil, und diesem der embryonale Blasenkörper, die Schwanzblase. Um den Blasenwurm genauer zu studieren, empfiehlt es sich, ihn aus seiner Kapsel zu nehmen und in laues Wasser zu legen. Hier kontrahiert er sich in die mannigfaltigsten, zum Teil wellenförmigen Formen. Meist zeigen sich auch Kalkpartikel in der Wand als Zeichen beginnender Verkalkung."

Differentiell-diagnostisch kommen in Betracht: Fibrom, Molluscum, Atherom, Condyloma subcutaneum, Neurom, Enchondrom, Carcinom, syphilitische Lymphdrüsen, Sclerosen und Gummata, zuweilen auch Furunkel und Abscesse. Diagnostische Irrtümer sind deshalb leicht erklärlich und sind sicherlich häufig, auch bei namhaften Dermatologen vorgekommen. Hebra beispielsweise erwähnt in seinem Berichte über 80000 Hautkranke keinen Fall von Cysticercus. Ob thatsächlich auch keine darunter gewesen sind?

Für die Diagnose und Therapie der Krankheiten innerer Organe ist der Nachweis der Cysticerken in der Haut oft von entscheidender Bedeutung. Dies gilt besonders für die Diagnose von Gehirncysticerken, für welche verschiedene Autoren bei Lebzeiten der Patienten versucht haben sichere Kriterien aufzustellen. Verfasser giebt für Encephalopathien, bei welchen zugleich Finnen in der Haut oder im Auge nachgewiesen sind, folgende Kriterien an:

1. Der Mangel an einer Symptomengruppe, welche bekannte andere Gehirnkrankheiten charakterisiert.

2. Ausschlufs von hereditärer, nervöser Belastung, von Trauma, Syphilis und Tuberkulose, sowie von Erkrankung des Herzens und der Gefäfse.

3. Vorhandensein vorzüglich von epileptoiden und epileptischen Anfällen bei zuvor gesunden, nicht an erblicher Disposition leidenden Personen, namentlich wenn diese Anfälle anfangs unbedeutend sind, sich aber schnell qualitativ und quantitativ steigern, sich mit schweren Hirnsymptomen kombinieren und selbst zum Tode führen.

4. Geistesstörung mit dem Charakter der Verworrenheit und Depression bei zunehmender physischer Schwäche, Kopfschmerz, Schwindel und Lähmungen.

5. Nachweis einer früher oder noch jetzt vorhandenen Taenia beim Kranken oder seiner Umgebung. Auch die etwaige Gewohnheit des Kranken, rohes Fleisch zu geniefsen, ist zu beachten, ebenso der Beruf des Kranken, ob er Fleischer ist, oder sonst mit rohem Fleisch zu thun hat.

6. Untersuchung der Kranken auf Stauungspapille, die natürlich auch durch andere Ursache, als durch Finnen, verursacht sein kann.

In der sehr umfangreichen, die Materie völlig erschöpfenden Arbeit des Verfassers ist die einschlägige Litteratur und die Kasuistik überall eingehend berücksichtigt.

VI. **Finden sich in den als leprafrei bekannten Landstrichen Frankreichs, insbesondere im Norden und in Paris, Spuren der alten Lepra?** von H. Leloir-Lille. (Schlufs.) Verfasser beschreibt sehr ausführlich weitere fünf Fälle von sog. lepröser Trophoneurose.

Der eine Patient (Fall III), ein 46jähriger Drescher, in der Umgebung von Bergues geboren, ist niemals Soldat gewesen und hat das französische Flandern niemals verlassen. Hereditäre Verhältnisse liegen nicht vor.

Dieser Patient bot im höchsten Grade die Erscheinungen der Lepra nervorum dar; pigmentierte und pigmentfreie Flecke mit Anästhesie im Bereiche derselben, Klauenhände mit Atrophie der Muskeln, des Thenar und Antithenar, Verunstaltung der Füfse und Verstümmelung der Zehen, vollkommen dem Fufsstummel gleichend, wie man ihn bei Leprösen findet; Atrophie der Muskeln der oberen und unteren Extremitäten, Anästhesie der Extremitäten, zugleich mit einigen Stellen von Hyper-

ästhesie; Pemphigusblasen; Geschwüre, Malum perforans pedis, Ichthyosis der Haut der Beine; heftige Neuralgien in den Gliedern; leichter Grad von Alopecia palpebralis, leichte Verdickung der Kubitalnerven. Der mikroskopisch untersuchte Eiter von Hautulcera des Patienten bot nichts Charakteristisches dar. Die zwei vorgefundenen, den Leprabacillen ähnlichen Bacillen entsprechen nicht der grofsen Menge derselben, wie sie sich sonst im leprösen Gewebe vorfindet. Verfasser legt deshalb dieser Untersuchung wenig Wert bei.

In seiner Hypothese bezüglich der Möglichkeit der Persistenz von Überresten der alten Lepra des Mittelalters in den französischen nördlichen Provinzen (Flandern und Artois) und in Paris wird Verfasser von Zambaco Pascha, der das Vorhandensein der Lepra in der Bretagne behauptete, wesentlich unterstützt. Verfasser glaubt aber, dafs der unumstöfsliche Beweis für die Annahme Zambaco Paschas nur durch den Nachweis von Leprabacillen bei an autochthoner Lepra in der Bretagne erkrankten Menschen zu erbringen sei. Dies habe Zambaco Pascha bis jetzt nicht gethan.

Verfasser gelangt zu folgenden Schlufssätzen:

1. Wie Verfasser für den Norden und für Paris 1884—1885 und 1892 Zambaco Pascha für die Bretagne gezeigt hat, kommen in Frankreich noch unbenannte Krankheitsbilder vor, welche aufserordentlich an Lepra erinnern.

2. Wie Verfasser in den Jahren 1884—1885 und Zambaco 1892 ausgesprochen hat, liegt die Möglichkeit vor, dafs es sich in diesen Fällen um mehr oder weniger entartete Überreste der alten Lepra, welche im Mittelalter Frankreich und Europa verheert hatte, handelt.

3. Diese Theorie ist verlockend, verführerisch, aber sie harrt noch jenes wissenschaftlichen Beweises, der auf einer Summe von genau beobachteten und genau beschriebenen, pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Thatsachen basiert wäre. *C. Berliner-Aachen.*

Syphilis et lactation, von P. Raymond. (Paris, Rueff & Co.) Die von der Académie de Médecine gekrönte Preisschrift enthält in trefflicher Übersicht eine Reihe praktischer Ratschläge zur Hygiene und Prophylaxis bei der Ernährung des Säuglings. Der Stoff zerfällt in:

1. Prophylaxis in Bezug auf den Säugling, je nachdem dieser an der Brust oder künstlich ernährt wird.

2. Prophylaxis in Bezug auf die Amme. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

A system of genito-urinary diseases, syphilology and dermatology, by various authors, edithed by Prince A. Morrow, with illustrations, in three volumes. (New York, D. Appleton & Co., 1893. Vol. I: Genito-urinary diseases.) Das 1064 Seiten umfassende Werk enthält Abhandlungen von 32 in ihrer Disciplin hervorragenden und wohl bekannten Autoren: Allen, Brygant, Fordyce, Otis, Lustgarten etc. Die einzelnen Kapitel haben durchweg eine sehr gründliche Bearbeitung gefunden. Symptomatologie, pathologische Anatomie, Diagnose und besonders die Therapie sind vielfach mustergültig abgefafst, von tüchtiger Litteraturkenntnis und kritischer und praktischer Befähigung des Verfassers zeugend. Die englische, amerikanische, französische und deutsche Litteratur ist sehr gründlich verwertet und in sehr zweckentsprechender Weise geordnet und geschichtet. Eine Unsumme von wichtigen, in allen Zeitschriften etc. zerstreuten Thatsachen sind mit aufserordentlichem Fleifse zusammengetragen. Subjektiven theoretischen Erörterungen ist nur ein geringer Platz eingeräumt. Von den Methoden und Instrumenten sind nur die praktisch erprobten, diese aber mit grofser Ausführlichkeit mitgeteilt. Die beigegebenen Holzschnitte und Chromo-

lithographien sind den bekannten Werken von Quain-Hoffmann, Henle, Dittel, Thompson, Finger, Albarran, Grünfeld, Nitze und anderen entlehnt, und zwar in bester Ausführung. Jeder Urologe dürfte das Buch oft mit gutem Nutzen zu Rate ziehen. Die Ausstattung des Buches ist in jeder Beziehung vorzüglich.

Neebe-Hamburg.

Lehrbuch der Urethroskopie, von F. M. Oberländer. (Leipzig, Verlag von Georg Thieme. 1893. Mit 9 bunten Tafeln und 21 Abbildungen im Texte.) In seiner grundlegenden Arbeit: *Beiträge zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers* (Wien 1888, W. Braumüller) sowie in zahlreichen kleineren und gröfseren Abhandlungen über denselben Gegenstand hatte O. seine urethroskopischen Erfahrungen in sehr detaillierter Weise veröffentlicht. Da aber diese Abhandlungen wegen ihrer Form nicht geeignet waren, dem Anfänger zum Unterricht in der Urethroskopie zu dienen, so hielt es O. für wünschenswert, einen Leitfaden zu schaffen, aus welchem sich der Anfänger über die ungeheuer variablen Befunde bei der chronischen Gonorrhoe Rats erholen konnte. In dem vorliegenden Lehrbuche hat nun der Autor seine endoskopischen Studien bei Erkrankungen der Harnröhre, gestützt auf ein sehr grofses Krankenmaterial, niedergelegt.

In der Frage der Beleuchtung der Harnröhre unterscheidet sich O. bekanntlich von allen anderen Autoren: er beobachtet nicht mit reflektiertem, sondern mit direktem Lichte. Seinen unermüdlichen, jahrelangen Bemühungen ist es zu verdanken, dafs das Instrumentarium vervollkommnet und vereinfacht ist, so dafs dasselbe in seiner jetzigen Form[1] allen Ansprüchen genügen dürfte. Die Beleuchtungsquelle des Oberländerschen Elektrourethroskops ist von den zu beobachtenden Schleimhautstellen nur einige Millimeter entfernt. Die Besprechung von Reflexen, welche in anderen Lehrbüchern und Abhandlungen einen so grofsen Raum einnehmen und zu phantastischen Betrachtungen Anlafs geben, fällt deshalb ganz fort. Die Beschreibung der Zentralfigur und des Trichters wird nur in den Fällen gegeben, in welchen dieselben praktische verwertbare Anhaltspunkte liefern. Der Schwerpunkt der Darstellung wird vielmehr verlegt auf den objektiven endoskopischen Befund. Das Aussehen der erkrankten Drüsen, Epithelien und Schleimhautpartien, der Narben und Granulationen, die Differenzen in Farbenton und Glanz etc. werden in ausführlichster Weise geschildert. Aus den sehr subtilen Beobachtungen der urethroskopisch sichtbaren Veränderungen gewinnt man die Überzeugung von der unendlichen Wichtigkeit, direktes und nichtreflektiertes Licht zu benutzen. Die Beschreibung weicht deshalb sehr vorteilhaft ab von denjenigen anderer Autoren; die Schilderungen sind so klar und naturgetreu wiedergegeben, dafs Nachuntersucher die charakteristischen Veränderungen stets wieder erkennen müssen.

Überall werden die objektiven endoskopischen Befunde mit den bisherigen Thatsachen der pathologischen Anatomie der Harnröhrenerkrankungen in Einklang gebracht. Nur in wenigen Punkten dürften sich abweichende Ansichten geltend machen.

Auf Grund der sehr ausführlich wiedergegebenen und sehr variablen Befunde bei gesunden Harnröhren in Bezug auf Blutgehalt, Längsstreifung, Längsfaltung etc. hebt O. ausdrücklich hervor, dafs jede Harnröhre ihr individuelles charakteristisches Gepräge hat, dessen Studium für die Beurteilung der Erkrankungen nicht warm genug anempfohlen werden kann. Die Betonung dieser Thatsache ist aufserordentlich wichtig. Die angegebenen Unterscheidungsmerkmale gegenüber ähnlichen pathologischen Befunden dürften den Anfänger vor manchem Irrtum bewahren.

Sehr dankbar müssen wir Oberländer sein für die gesonderte Beschreibung der

---

[1] C. G. Heynemann, Leipzig, Erdmannstrafse 3.

pathologischen Veränderungen der Epitheldecke, der Morgagnischen Krypten, der Littréschen Drüsen und der Schleimhaut selbst. Die Kapitel sind geradezu mustergültig. Die Auseinandersetzungen sind klar und plausibel, von einer Ausführlichkeit, wie wir sie bis jetzt noch nirgends gefunden haben, und zeugen von scharfer Beobachtungsgabe, wie von sehr gewissenhaftem Studium.

Wie wichtig die Kenntnis dieser Grundbegriffe ist, erkennen wir aus der Darstellung der ungeheuren Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder. Um diese schwierige Materie zu bewältigen, exemplificiert O. die Krankheitsformen durch genaue Schilderung von Schulfällen (unbehandelten) in verschiedenen Stadien der Entwickelung (weiche Infiltrationen, harte Infiltrationen von geringer und mittlerer Mächtigkeit, harte Infiltrationen stärkster Ausbildung). Von den zahlreichen Nomenklaturen in früheren Arbeiten sieht er ab, obwohl er dieselben immer noch für die passendsten hält. Er unterscheidet: glandulär-infiltrative Formen und trockene follikuläre Formen und gemischte Formen. Die letzteren sind wohl in praxi die häufigsten. Aber die genaue Kenntnis der Characteristica der beiden Grundformen werden den Praktiker befähigen, sich auch in den gemischten Fällen zurechtzufinden. Die Beschreibung der endoskopischen Befunde in Bezug auf Längsstreifung, Längsfaltung, Epitheloberfläche, Drüsen und auf eigentliches Mucosagewebe, sowie in progressiven, wie in regressiven Stadien werden mit grofser Ausführlichkeit abgehandelt. Auch die Anhaltspunkte für Recidive, sowie die endoskopischen Forderungen an die Heilung werden bei den einzelnen Formen in detaillierter klarer Weise angeführt. Die Naturheilung der einzelnen Formen wird ebenfalls gebührend berücksichtigt und gezeigt, wieweit eine solche überhaupt möglich ist. Im eigentlichen Sinne des Wortes vermag die Natur nur bei den oberflächlichsten Infiltrationen Heilung zu erzielen. In den allerhäufigsten Fällen ist die Heilung nur von der Kunsthülfe zu erwarten. Wie aus diesen kurzen Andeutungen ersichtlich, erfordert die gewissenhafte Ausübung der Urethroskopie reichliche Übung und ernstes Studium. Die genauen Beschreibungen der normalen und pathologischen Befunde sind aber von O. naturgetreu wiedergegeben, dafs auch Endoskopiker, welche nicht über ein so grofses Material verfügen, im stande sein werden, progressive und regressive Prozesse zu diagnosticieren, die Prognose des Einzelfalles zu stellen und die therapeutischen Mafsregeln für die diagnosticierten Stadien auszuwählen. Die Schlufskapitel sind der Endoskopie bei den Geschwülsten der Harnröhre und der Endoskopie der Harnröhre des Weibes gewidmet.

Da häufig auf die Bedürfnisse der Praxis Rücksicht genommen wird, so dürften gewisse, durch die Urethroskopie gewonnenen Resultate, welche mit klinischen und allgemein gültigen Ansichten im Widerspruche stehen, von Interesse sein. Die Erkrankungen der hinteren Harnröhre sind überhaupt in der Minderzahl, und auch die harten Infiltrate der Pars posterior sind seltener, als die klinischen Erfahrungen vermuten liefsen. Die Heilung der Pars posterior ist procentualiter leichter, als die der Pars anterior. Im Gegensatze zu Ratschlägen neuerer Lehrbücher empfiehlt O. deshalb erst die anterior zu behandeln und dann erst die posterior in Angriff zu nehmen. O. liefert durch seine überzeugenden Auseinandersetzungen den Beweis, dafs die Infiltrationen geringer und mittlerer und mittelstarker Mächtigkeit bei weitem häufiger heilbar sind, als vielfach angenommen wird. „Wer die Dilatation nur so weit treibt, dafs die verengende Stelle der Harnröhre für einen mittelstarken Katheter durchgängig ist, verzichtet auf die Heilung der Striktur.“

Oberländers Lehrbuch wird für den Urethroskopiker ein unentbehrlicher Ratgeber werden; der Praktiker wird aus der Lektüre die Überzeugung gewinnen, dafs die Prognose für die meisten Fälle der chronischen Gonorrhoe nicht so hoffnungslos ist.

Die illustrierenden chromolithographischen Tafeln verdienen wegen ihrer naturgetreuen Ausführung das gröfste Lob. Die Ausstattung des Buches ist in jeder Beziehung vorzüglich. *Neebe-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Mikroskopische Technik.

Über einige Versuche mit Lysol an frischen Geweben zur Darstellung histologischer Feinheiten, von Friedrich Reinke. (*Anat. Anz.* 1893. No. 16.)

Über einige weitere Resultate mit Lysolwirkung, von Friedrich Reinke. (*Anat. Anz.* 1893. No. 18 u. 19.)

In den beiden Mitteilungen weist Verfasser auf gewisse Eigenschaften des bekannten Lysols hin, welche es zu histologischen Untersuchungen mit Vorteil verwenden lassen, und zwar ist es vornehmlich eine 10%ige Lösung in Wasser mit und ohne Zusatz von Alkohol und Glycerin:

Lysol	10	*Lysol*	10
Aq. dest.	60	*Aq. dest.*	50
Alc. absol.	30	*Alkohol*	30
		Glycerin	10

welche Verfasser gebrauchte. Es wirkt dann aufhellend, isolierend, macerierend und bringt etwas Quellung, bringt Bekanntes leicht und schnell zur Darstellung. Heben wir hier nur einige, die Leser dieses Blattes interessierende Fälle hervor: Bei den Spermatozoen der Ratten zerfällt der Achsenfaden des Schwanzes in Fibrillen, bei denjenigen der Kaninchen löst sich der Kopf sofort ab, bei denjenigen des Salamanders löst sich der Kopf sogar bis auf die feinste Spitze ganz auf; er besteht hier, nach Flemming, aus Chromatin. — Die Papillenhaare des Menschen zeigen in Lysol nach wenigen Minuten sehr deutlich die von Waldeyer durch Verdauung, vom Verfasser durch Färbung mit Gentiana nach Fixierung in Flemmingscher Lösung dargestellten Fibrillen der Rindenzellen. Abgekratzte menschliche Epidermisschüppchen zeigen die von Koelliker angegebene regelmäfsige Struktur, „von der Fläche ausgesehen, eine zierliche konzentrische Zeichnung und feine dichte Punktierung, im Profil eine feine Streifung parallel dem längeren Durchmesser". Die pigmentierten Oberhautepithelien des Salamanders zeigen im Stadium der Entwickelung des Pigments, dafs in der Zelle entweder vom Lysol das Pigment an einigen Körnern vernichtet wird und nur die Träger desselben übrig bleiben, oder in den Zellen Leukopigmentkörner vorhanden sind, in denen sich erst später das Pigment bildet, die aber schon die optische Eigenschaft zeigen, bei Hebung des Tubus eine Nüance dunkler zu erscheinen. — Die interessantesten Beobachtungen des Verfassers mittelst Lysols beziehen sich auf die Kernstruktur, die ich hier nur kurz zusammenfassen kann. Die Untersuchungen lehrten:

1. Bestätigung schon früher gemachter Beobachtungen:
   a) Die Ähnlichkeit der Nukleolen mit der Kernmembran;
   b) die retikuläre Struktur der Kernmembran;
   c) Die komplicierte Struktur des „Kernsaftes".
2. Bestätigung früherer hypothetischer Annahmen: die Polfeldanordnung der Struktur des ruhenden Kernes.

3. Als neue Resultate:

a) Die Veränderung der Kernstruktur im ruhenden Kerne;

b) das Gesetz des differentiellen Typus der Kernstruktur in spezifisch-differenzierten Geweben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine Methode multipler Färbung, von Cavazzani. (*Rif. med.* 1893. No. 201.) Die in Paraffin oder Celloidin gehärteten, in Flemmingscher, Müllerscher, Kleineburgscher Lösung oder in Alkohol fixierten Schnitte kommen:

1. Zur Verfärbung der Kerne in saure, Ehrlichsche (nach Kahlden) modificierte Hämatoxylinlösung. Hier bleiben sie nur die Hälfte der gewöhnlichen Zeit.

2. Reichliches Abwaschen in Wasser.

3. Färbung in einem Gemische von obigem Hämatoxylin, gesättigter, wässeriger S-Fuchsin- und Orangelösung āā; die Lösung wird vor dem Gebrauche filtriert. In ihr verbleiben die Schnitte 1½—3 Minuten und werden dann in Wasser abgewaschen bis kein Fuchsin mehr abgeht (½—1 Minute).

4. Entfärbung in Pikrinsäure (gesättigte Lösung von Pikrinsäure in absolutem Alkohol 1, Wasser 2).

5. Reichliches Abwaschen in Wasser, Entwässern in Alkohol, Aufhellen in Xylol und Aufbewahren in Kanadabalsam.

Es färbt sich auf diese Weise: das Bindegewebe granatrot bis hellrot; die glatten Muskelfasern strohgelb (Pikrin); Ganglienzellen braun; die roten Blutkörperchen orangegelb, die Nervenfasern rotorange. Die Kerne färben sich in verschiedener, jedoch nicht in charakteristischer Weise. Sehr schön sind auch die Färbungen der Karyokinesefiguren. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Reifung unserer Farbstoffe, von P. G. Unna. (*Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie und mikroskop. Tecknik.* Bd. VIII. 1892. S. 475—482.) Bekanntlich erleiden die Farbstofflösungen mit der Zeit Veränderungen, die eine Verschlechterung oder Verbesserung bedeuten können. Letztere bezeichnet man auch als „Reifen"; sie können bedingt sein: 1. durch Sauerstoff; 2. Kohlensäure; 3. Ammoniak; 4. Mikroorganismen. Verfasser prüfte diese vier Faktoren, indem er die Lösungen mit den entsprechenden Zusätzen versah; zunächst berücksichtigte er Methylenblau, Cochenille und Hämatoxylin.

I. Methylenblau. In länger aufbewahrten Lösungen von Methylenblau, die einen Zusatz von Kalium caust. (Natr. caustr., Ammoniak) enthalten, findet man zwei Arten der Reifung. Erstens entsteht Methylenviolett; damit schwächt sich die Mastzellenfärbung ab, die Plasmazellen, die intracellularen und protoplasmatischen Substanzen erhalten eine feine Nüancierung zwischen violett, graublau und blaugrün. Zweitens entsteht durch die Kohlensäure der Luft eine Sättigung des überschüssigen Alkalis, und es bildet sich Methylenrot, wodurch die Mastzellen rein rot gefärbt werden. Auf Grund theoretischer Erwägungen liefsen sich die entsprechenden Lösungen sofort herstellen.

A) Zur Plasmazellenfärbung:

Methylenblau	1,0
Kalii caust.	0,05
Aq. dest.	100,0

Verdünnung in Anilinwasser auf das 10—100fache; Färbung ½ Stunde bis zu einer Nacht; Entwässerung in absolutem Alkohol; Differenzierung in Kresol; Abspülen in Xylol; Balsam.

B) Differenzierung aller Zellen und Intercellularsubstanzen mit Hervorhebung der Plasmazellen:

Methylenblau	1,0	Im Wasserbade auf 100,0 einkochen; es entsteht viel Methylenviolett.
Kali carbon.	1,0	
Aq. dest.	100,0	
Spiritus	20	

Unverdünnt färben; Differenzierung mit Glykol, Styron oder Kresol.

C) Zur Darstellung roter Mastzellen neben blauen Plasmazellen:

Methylenblau	1,0
Kalii carbon. (*Natr. carbon.*, *Ammon. carbon.*)	1,0
Aq. dest. (*carbolisata; chloroformiata*)	100,0

Stark verdünnen, langsam färben; 70—80%iger Alkohol; Styron; Xylol; Balsam.

II. Hämatoxylin. Die Reifung desselben (es entsteht dabei Hämatein) ist bekannt; sie wird bewirkt durch Sauerstoff und wird befördert deshalb durch Zusatz von neutralisiertem Wasserstoffsuperoxyd. Der Zusatz des letzteren macht momentan die Lösung dunkel und ist daher zur stärksten Färbung geeignet. Will man Hämatoxylinlösung unreif erhalten, dann ist am geeignetsten der Zusatz von einfachem Schwefel; das entstehende Schwefelwasserstoffgas ist wohl das Wirksame dabei. Man kann also 1. maximale Hämateinfärbung durch momentane Reifung mit Wasserstoffsuperoxyd erzielen; 2. eine konstante Lösung durch Schwefellösung vorrätig halten. In letzterem Falle kann man mit oder ohne H_2O_2 färben und eine starke Kernfärbung allein erzielen durch nachträgliche Benutzung von Eisessig und Alkohol.

A) Momentan gereifte Lösung: Einige Krystalle Hämatoxylin in Spiritus, das Fünffache davon Alaun in Wasser lösen, beides mischen; H_2O_2 in ein Schälchen giefsen, neutralisieren durch Sodakrystall, zusetzen zum vorigen, erhitzen; sofort färben.

B) Konstante, halbreife Lösung zum Vorrätighalten:

A) ohne H_2O_2.

Hämatoxylin	1,0
Alaun	10,0
Spiritus	100,0
Aq. dest.	200,0
Sulf. sublimat.	2,0

B) mit H_2O_2 bei der Ausfärbung.

Um schnell eine maximale Färbung zu erzielen, giefst man zum neutralisierten Wasserstoffsuperoxyd einige Tropfen der Lösung B.; dieselbe wird sofort blauschwarz. Entfärbung durch Eisessig oder salzsauren Alkohol. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Angioneurosen.

Über Cyanose, von Edmund Neusser. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 26—33.) Das Symptom „Cyanose“ hat wohl noch niemals eine so eingehende Darstellung gefunden, wie in der vorliegenden, für die Bibliothek der medizinischen Wissenschaft bestimmten Arbeit des Nachfolgers von Kahler. In detailliertester Weise wird hier die gesamte Pathologie der Cyanose dargestellt, wobei allerdings noch manche andere interessante Punkte bei der Erörterung der die Cyanose bedingenden grundlegenden Prozesse eine Berücksichtigung finden, welche den Rahmen des Aufsatzes fast überschreiten. Aber wer wollte das mifsbilligen, wenn so viel Lehrreiches und Geistreiches in der Auseinandersetzung enthalten ist, wenn uns Schritt für Schritt der erfahrene Kliniker gegenübersteht? Nicht nur einfache Thatsachen giebt derselbe uns, sondern er sucht für alles eine dem theoretischen Wissen und den praktischen Beobachtungen genügende Erklärung zu geben, und vertieft sich dabei in das feinste Getriebe des

pathologisch afficierten menschlichen Organismus. Alle Erkrankungen, die in irgend einer Weise zu Cyanose führen können, finden eine Erörterung: die Organerkrankungen, die Konstitutionskrankheiten, die Blutanomalien, die Infektionskrankheiten, die Vergiftungen. Kurz es ist eine vollständige, das Material erschöpfende Arbeit, für die man dem Autor nur die höchste Anerkennung aussprechen kann. Es ist wahrlich schade, dafs man in dem Rahmen eines Referates unmöglich auf die Arbeit näher eingehen kann; die Fülle des Inhaltes verbietet es. Es steht aber zu hoffen, dafs auch jeder Dermatologe, der auf dem Boden der Gesamtmedizin steht, der die Stammmutter aller Spezialdiscipinen, die innere Medizin, nicht vernachlässigt oder gar verleugnet, die Arbeit liest oder, besser gesagt, studiert; er wird viel daraus lernen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Theorie der Enzyme und die Pellagra, von CARRAROLI. (*Rif. med.* 1893, No. 210.) Verfasser wendet sich gegen die von ROMARO (*Gaz. degli ospitali.* 1893) aufgestellte Theorie, wonach der Mais bei der Keimung im Frühling gewisse Stoffe (Enzyme) bilden sollte, deren Einführung in den Organismus die bekannten Erscheinungen erzeugen; auf diese Weise würde nicht mehr der verdorbene, sondern im Gegenteil der gesunde, in Keimung begriffene Mais toxisch wirken. ROMARO stützt sich dabei auf die Thatsache, dafs bei der Keimung der Kartoffel ebenfalls giftige Substanzen (das Solanin) gebildet werde. Hiergegen wendet nun C. unter Anführung zahlreicher anderer Gründe ein, dafs es noch niemand gelungen sei im Mais physikalische oder chemische Unterschiede nach den Jahreszeiten zu entdecken.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Diffuses Erythem, hervorgerufen durch innere Gaben von Arsenik, von NICHOLSON. (*Brit. Journ. of derm.* Juni 1893.) Das universelle Erythem, welches im Anschlufs an Arsenikgaben entstanden war, hatte am stärksten das Abdomen, die Sternalgegend, Oberschenkel, Oberarme ergriffen. An den Fingern waren zahlreiche Papeln zu sehen. Die Conjunctiva war schwach gerötet. Daneben bestand leichte Diarrhoe. Die Symptome verschwanden schnell mit dem Aussetzen des Arseniks.

C. Berliner-Aachen.

Beiträge zu den Impfkrankheiten, von EMANUEL EPSTEIN. (*Jahrb. f. Kinderheilkde.* 1893. Bd. 35. S. 442). 1. Zwei Fälle von hämorrhagischer Diathese nach Vaccination. Von 430 geimpften Kindern (animale Lymphe) erkrankten zwei mit Hämorrhagien. Das eine etwas rhachitische Kind zeigte vier Tage nach der Impfung ein Erythema vaccinosum, sowie hämorrhagische Flecke an den Streckseiten der Extremitäten. Die Vaccinebläschen ohne Blut. Als die Flecke alle schon erblafsten, trat am achten Tage Fieber, Conjunctivitis, Coryza ein, drei Tage später Masernexanthem. Die Infektion mit Masern war wohl schon vor der Impfung erfolgt, die Hämorrhagien sollen aber doch von der Vaccine hervorgerufen sein. Das zweite Kind bekommt am sechsten Tage Fieber, am achten zahlreiche Hämorrhagien an Extremitäten und Stamm, die nach weiteren sechs Tagen resorbiert waren. Die Vaccinebläschen nicht bluthaltig.

2. Vierzehn Fällle von Erythema vaccinosum traten unter 430 Impflingen auf. Dasselbe tritt nicht vor dem vierten Tage, meist am siebenten auf, zugleich mit der Akme der Impfungssymptome; die Lokalisation ist nicht konstant, zuerst meistens um die Vaccinebläschen herum, demnächst an den Streckseiten der Extremitäten; die Seitenteile des Thorax waren am seltensten betroffen.

Das Exanthem ist masernähnlich, hirsekorn- bis thalergrofs, rundlich, halbmondförmig, zackig, landkartenähnlich, blaurosa bis dunkelkarminrot, aber heller, als das Masernexanthem. Die Entwickelung erfolgt stufenweise in 2—3 Tagen, meistens mit Fieber. Dauer 2—8 Tage. *Jessner-Königsberg i Pr.*

Analgetisches Purpura-Erythem, von Petrini-Galatz. (*La Roumanie méd.* 1893. No. 4.) Es handelt sich um einen 25jährigen Bauer mit chronischer Malaria. Während der Fieberanfälle (die sich unter anderem nach intensiver Kältewirkung einstellen) klagt Patient über hochgradige Polydipsie und Polyurie. Nach einem solchen trat ferner, über den ganzen Körper verbreitet, ein grofsfleckiges Purpura-Exanthem auf, dessen einzelne etwas deprimierte Efflorescenzen bis 10 cm Durchmesser aufweisen; ihre rosa- bis dunkelrotblaue Färbung verschwindet auf Fingerdruck nicht. Aufserdem sind sie vollkommen analgetisch. Die Blutuntersuchung ergab: Abnahme des Hämoglobins und der Zahl der roten Blutkörperchen. Der Urin enthielt weder Zucker noch Eiweifs. Therapie: Chinin, Eisen, Arsenik, Antipyrin, welch letzteres sich als aufserordentlich wirksam gegen die Polyurie erwies. Heilung nach drei Monaten.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Albertoni (*Bull. d. science méd.* 1893. Fasc. 9) hat **Blutuntersuchungen bei einigen hämorrhagischen Affektionen** vorgenommen und gefunden, dafs beim Skorbut die Quantität des Eisens vermindert ist, die roten Blutkörperchen aber in normaler Zahl und Proportion zu den weifsen stehen. Keine Vermehrung des Kaliums und Natriums. Bei der Hämophilie wurde eine vorübergehende Abnahme der roten Blutkörperchen unmittelbar nach Hämorrhagien beobachtet; später aber liefs sich eine Vermehrung derselben selbst über die Norm erkennen; keine Veränderungen in Form, Dimensionen und Färbung. Hohe Kalium- und Natriumwerte. Chlor- und Eisengehalt (längere Zeit nach einer Hämorrhagie) vermehrt.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Pneumonia crouposa, kompliciert durch Morbus maculosus Werlhofii, von J. Jaworski. (*Wien. med. Presse.* 1893. No. 3.) Das gleichzeitige Auftreten von Purpura haemorrhagica und akuten Infektionskrankheiten bei demselben Individuum oder gar bei mehreren zusammenwohnenden Personen, die Analogie des klinischen Bildes beim Morbus maculosus mit demjenigen infektiöser Krankheiten lassen einen gewissen ursächlichen Zusammenhang annehmen. Der Fall des Verfassers betrifft einen 22 Jahre alten Erdarbeiter, der plötzlich mit Schüttelfrost, Blutungen, Seitenstichen erkrankte und am dritten Tage starb. Die Sektion ergab: Der Körper bedeckt mit Blutflecken, die die ganze Fettgewebsschicht durchdringen; auf der Pleura, der Herzoberfläche, unter der Nierenkapsel zahlreiche Blutpunkte; Hepatisation des mittleren rechten Lungenlappens; Lungeninfarkte.

Betreffs der Ätiologie soll auch Morbus maculosus nach langem Aufenthalt unter der Erde, in Brunnen, beobachtet sein, wie andererseits epidemische krupöse Pneumonie beim Aufgraben der Erde konstatiert ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Skorbut bei einem 1¾ Jahre alten Kinde, von Cassel. (*Arch. f. Kinderheilkde.* Bd. XV. S. 350.) Bei einem Kinde, das wegen andauernder Darmkatarrhe lange nur künstlich ernährt war, entwickelte sich eine ausgesprochene Rhachitis; es konnte, 1¾ Jahre alt, noch nicht gehen. In letzter Zeit waren heftige Glieder- und Gelenkschmerzen eingetreten, welche Schlaflosigkeit verursachten. Unter Verschlechterung des Ernährungszustandes entstand eine starke Schwellung des Zahnfleisches, besonders im Bereich der schon vorhandenen Backen- und Schneidezähne, welche hahnenkammähnliche Lappen bildete. Das Zahnfleisch blutete spontan und bei leichter Berührung. Die Conjunctiva war ebenfalls geschwollen. An den Augenlidern, auf dem rechten Oberarme, an dem rechten Malleolus internus war teigige Schwellung mit blauroter oder schwarzblau verfärbter Hautdecke vorhanden. Jede Berührung und Bewegung ruft ängstliches Schreien hervor; die Nahrungsaufnahme ist erschwert. Verfasser verordnet einen Diätwechsel; abgekochte, frische Kuhmilch, Bouillon, Fleischsaft, Ungarwein, Citronenlimonade, Chinawein. Zwei Tage später Tod durch Lungen-

ödem. Die Incision der Extremitätenschwellung zeigte eine mit Blutgerinnseln erfüllte Höhle, in deren Tiefe die bloſsgelegte Humerus-Diaphyse, das Periost blutig verfärbt, verdickt, von der Unterlage abgehoben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen die Gingivitis und die Hämorrhagien beim Skorbut verursachenden Bacillus, von Babes (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, 1893. No. 5.) Dieser Bacillus, den Verfasser konstant und in groſser Anzahl im Zahnfleische von Skorbutpatienten gefunden hat, erzeugte auf Kaninchen übertragen, bei denselben heftige Hämorrhagien, Nekrosen und Substanzverluste des Zahnfleisches, sowie eine besondere Proliferation der fixen Elemente und der Gefäſswandungen. B. betrachtet ihn als den Bacillus des Skorbuts. Aus dem Blute der betreffenden Patienten lieſs sich der Bacillus nicht kultivieren, noch vermochte man durch Inokulationen solchen Blutes in die Cirkulation von Tieren bei diesen irgend welche Störungen hervorzubringen (nach *Rif. med.*) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein interessanter Fall von Urticaria, von Leopold Fischer jr. in Heidelberg. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 40.) Nach heftigem Ärger erkrankte eine 40 Jahre alte, nicht hysterische, kräftige Frau plötzlich, indem rote, erhabene, brennende Flecken auftraten, die sich schnell vergröſserten, aber bald wieder schwanden, während an andern Stellen neue entstanden. Gleichzeitig stellte sich die sonst stets regelmäſsige Menstruation zehn Tage früher ein. Die Quaddeln ergriffen den ganzen Körper und waren bis handtellergroſs. Die Patientin hatte im Halse ein brennendes, kratzendes Gefühl, die Stimme war heiser; laryngoskopische Untersuchung wurde leider unterlassen. Einige Ohnmachtsanfälle gingen schnell vorüber. Alle Erscheinungen schwanden bis zum 4. Tage; auffallend war nur, daſs mitten im braunem Haare einige graue Haarbüschel in dieser kurzen Zeit entstanden waren. Der Anfall hat sich nie wiederholt. Die Heiserkeit, das büschelförmige Ergrauen der Haare machen den Fall zu einem interessanten. Die Ohnmacht soll durch Hirnanämie als Reflex infolge der Hautreizung oder als Folge durch die starke Fluxion zu den Hautdecken aufzufassen sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neurotische Entzündungen.

Arnozan teilt (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1893. No. 11) die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von **Herpes gestationis** mit, den er bei einer 28jährigen Patientin beobachtete und an den er folgende Betrachtungen knüpft: Die Kranke stammt aus einer Gegend, wo früher Pemphigus und ähnliche Affektionen geherrscht hatten, nährte sich viel von Fischen, Austern und stark gewürzten Speisen, hatte früher an Malaria gelitten und stand, ihrem Berufe gemäſs, oft unter dem Einflusse von Gemütsaffekten. Verfasser glaubt nun, daſs die Gesamtheit dieser Umstände in der Ätiologie der Affektion eine hervorragende Rolle gespielt habe. Nach einem Recidiv bei der zweiten Schwangerschaft behielt die Patientin eine gewisse Reizbarkeit der Haut mit Neigung zu Pruritus zurück. Die Dermatose hatte allerdings, wie gewöhnlich, einen polymorphen Charakter gezeigt, doch betrachtet Verfasser die erythematösen Plaques mit zentralem Wachstum, welche nach und nach im Zentrum einfallen, während sich die Peripherie mit frischen Bläschenringen umgiebt, als die typische Läsion derselben. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von Pemphigus hystericus, von Boudet. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 360.) Der Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, das auſserdem auch an Chorea hysterica litt. Die Blasen saſsen in dem Gesicht, auf den Armen und Händen; sie erschienen anfallsweise und gebrauchten zu ihrer Entwickelung acht Tage.

Türkheim-Hamburg.

Den am 22. November im Wiener medizinischen Klub vorgestellten Fall von **Spontangangrän** führt Dr. LOEBEL am 6. Dezember wieder vor. Das Mädchen hat genau an derselben Stelle wieder solche Blasen, die unter dem Verbande entstanden sind. Äufsere Reise sind ganz ausgeschlossen.

Dr. HERZ wendet sich gegen den Ausdruck „Spontangangrän" wegen der vorangegangenen Nervenverletzung. Bei Durchtrennung von Nerven kann Gangrän schon durch den Druck der Bettdecke entstehen. Bei einem jungen Manne mit Kniegelenkskontraktur trat nach Streckung eine Läsion des Ischiadicus ein, worauf Gangrän sich dort bildete, wo der leiseste Druck einwirkte. Bei einem Mädchen stellte sich nach Streckung Gangrän da auf, wo ein Sandsack aufgelegt war. In einem dritten Falle bewirkte der Verband schon Gangrän. Auch in dem LOEBELschen Falle könne der Verband die Ursache sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fall von akuter multipler Hautgangrän, von Dr. M. JOSEPH-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 34.) Ein 24jähriger Kaufmann, der 1884 eine Schwefelsäureverbrennung an dem linken Handrücken erlitten hat, zeigt seitdem alle halbe Jahre von neuem, beginnende sehr merkwürdige Erscheinungen. Patient schilderte einen solchen Anfall folgendermafsen: In der Nacht wachte er plötzlich auf und bemerkte, dafs sein rechter Arm aufserordentlich kalt war, so dafs er ihn durch warme Einhüllungen nicht erwärmen konnte, er hatte ein direkt schmerzhaftes Gefühl, und als er Licht machte, bemerkte er eine Stelle ganz weifs und anästhetisch. Man kann dabei eine fünfzigpfennigstückgrofse Partie konstatieren, umgeben von einem roten Hof, während die Mitte grüngelb verfärbt und ganz anästhetisch ist, eine akut auftretende Gangrän. Es entsteht dann ein Schorf, später kommt es zur Abstofsung der oberen Decke, dann stellen sich allmählich Narben ein, die mit falschen Keloiden abheilen. Der Patient ist kerngesund, ohne Nervosität; auch in seiner Familie bestehen keine nervösen Erscheinungen *L. Hoffmann-Berlin.*

Akute Exantheme.

Choleraexantheme bei Kindern hat KOCH unter 49 Fällen dreimal beobachtet, und zwar nur im Stadium reactionis et typhoideum. Alle drei genasen. Die Grundform des Exanthems hat einen makulopapulösen Charakter, tritt am Gesichte und hinter den Ohren zuerst auf und wandert von da über den ganzen Körper; stellenweise erinnert das Exanthem an Urticaria. Die Kinder sehen masernähnlich aus, nur Schnupfen, Husten, Papeln und Flecken an der Schleimhaut des Gaumens fehlen. Ein schleimig-eiteriger Konjunktivalkatarrh besteht allerdings oft im Stadium typhoideum, tritt aber schon vor dem Exanthem auf. Nach Abblassen des Exanthems bleiben Pigmentflecke, wie bei Masern. Einmal beobachtete KOCH das Auftreten wirklicher, typisch verlaufender Masern im Stadium typhoideum, auch mit Ausgang in Genesung.

KORNIG (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 35. u. 36.) hat bei Erwachsenen das Exanthem unter 180 Fällen von Cholera nur einmal gesehen, und zwar im Reaktionsstadium am 3.—5. Tage nach Eintritt des Anfalls; er brachte es mit der Nephritis in Zusammenhang. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Typhus exanthematicus, von J. HLAVA. (*Sitzungsber. d. böhmischen Akademie in Prag* 1893. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1893. No. 10.) Anschliefsend an früher veröffentlichte Untersuchungen über den Typhus exanthematicus hat Verfasser jetzt neuere angestellt, die er hier berichtet. Man findet beim Typhus exanthematicus in den Organen (Milz, Lunge, Haut) Pneumobacillen

oder Pseudodiphtheriebacillen oder häufiger Streptokokken, Staphylokokken oder gekrümmte, resp. gerade Bacillen (Vibrio proteus ruber), die man auf alkalischen Nährböden züchten kann; im Blute und in der Milz sind sprofspilzähnliche Gebilde mit modificierter WEIGERTscher Methode nachweisbar. Die Bakterieninvasion scheint eine sekundäre oder kombinierte zu sein; am ehesten könnte der Vibrio proteus ruber eine gröfsere Bedeutung haben. Die anatomischen Veränderungen, häufig miliare Nekrosen darstellend, würde einer experimentell erzeugten Hyphomykose entsprechen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über postmorbillöse Lähmungen, von LOP. (*Gaz. d. hôpitaux.* 1893. No. 105 u. 107.) Verfasser konstatiert, dafs dieselben nicht so selten sind, wie es die Lehrbücher angeben. Mit THOINOT unterscheidet er zwei Typen: den selteneren encephalischen (Coma, Aphasie) und den häufigeren myelopathischen (Paraplegie). Die Lähmung tritt meist in der Rekonvalescenz ein und dauert, je nach der Schwere des Falles, zehn Tage bis sechs Wochen. Charakteristisches bietet sie nicht, doch läfst sich im allgemeinen sagen, dafs sie von vorübergehender Dauer und gutartiger Natur ist. Sektionsbefunde haben ergeben, dafs es sich um blofse Kongestivzustände (leichtere Fälle) oder aber um entzündliche Prozesse (schwerere Fälle) in Meningen und Gehirn-, resp. Rückenmarkssubstanz handelte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Betrachtungen über Masernbehandlung, von MINEUR. (*La Policlinique.* 1893. No. 20.) Dieselben richten sich hauptsächlich gegen die im Publikum eingewurzelte Ansicht, dafs die Masern keine eigentliche Krankheit seien und einer ärztlichen Behandlung nicht bedürfen, sowie gegen die meist absolut verkehrten Verhaltungsmafsregeln, denen die kranken Kinder unterworfen werden. Er hält dieser Ansicht die relativ häufigen Fälle schwerer Komplikationen entgegen und betont die Wichtigkeit hygienischer Vorkehrungen. Als Medikament hat sich ihm am besten bewährt der Liquor ammonii anisatus; vom Antipyrin hat er wenig günstige Resultate zu verzeichnen gehabt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Sind Röteln (Rubeola oder German measles) eine besondere Krankheit? von PUTNAM. (*Boston. med. and surg. Journ.* 13. Juli 1893.) In dieser Arbeit kommt Verfasser auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen zu dem Schlusse, dafs Röteln eine eigene, spezifische Krankheit sind, die sich von Masern durchaus unterscheiden, sowohl was das Aussehen des Ausschlages, als auch was die Begleitsymptome anbetrifft.

In der sich anschliefsenden, sehr eingehenden Diskussion finden sich unter den Anwesenden (Boston Society for Medical Improvement) Vertreter beider Ansichten, die ihren Standpunkt eingehend darlegen. Das Genauere ist im Orginale nachzulesen, da es für ein Referat zu weit führen würde. *F. Hahn-Bremen.*

In der Royal med. and surg. Society (*Lancet.* 18. März 1893) lenkt HOOD die Aufmerksamkeit auf die **Ätiologie der Röteln.** Er schildert ihre Verschiedenheit von Masern und meint, es sei keine unhaltbare Ansicht, dafs das Contagium der Masern, je nach dem Boden, den es fände, Variationen eingehen könne. Zur Klarstellung der Frage nach der Ätiologie stellt er eine Reihe von Punkten zur Beantwortung auf. In der Diskussion sprechen sich die Meisten für eine Unterscheidung der beiden Krankheiten aus. *F. Hahn-Bremen.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. No. 6. 15. März 1894.

Natürliche Reinkulturen der Oberhautpilze.

Von

P. G. Unna.

(Mit Tafel III und IV.)

Seit einem Jahre ist der Nachweis von Bakterien innerhalb der Hornsubstanz, welcher bekanntlich immer mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft war, durch einen prinzipiellen Fortschritt in der Färbetechnik um ein Bedeutendes verbessert und erleichtert. Ich konnte von dieser Verbesserung bereits bei Abfassung meiner Histopathologie der Haut ausgiebigen Gebrauch machen und möchte daher in folgendem die betreffende Methode zur Kenntnis der Fachkollegen bringen.

Als ich im Jahre 1891 die bis dahin von v. Sehlen, Bizzozero, Boeck und mir zur tinktoriellen Isolierung der Hornbakterien angegebenen Methoden zusammenstellte,[1] gab es noch keine Möglichkeit, dickere Komplexe von Hornzellen oder mit Exsudat gemischter Hornschicht (Schuppen und Krusten) ohne Zerlegung derselben in feinere und feinste Lamellen auf ihren Bakteriengehalt zu prüfen. Man war entweder auf die Methode des Zerdrückens der Hornmassen unter gleichzeitiger Anwendung von Essigsäure oder auf Schnitte angewiesen. Beide Methoden, für einen qualitativen Nachweis der Organismen allerdings genügend, litten natürlich an zwei Nachteilen, welche von ihnen unzertrennlich waren. Erstens ging dabei eine leichte Übersicht über die Ausbreitung der Organismen verloren, und zwar bei den zerdrückten Präparaten noch mehr, als bei den Schnitten, und weiter war man nie ganz sicher, ob nicht einige Herde von Organismen übersehen waren, wenn man nicht auf die mühsame Durchforschung von Schnittserien rekurrieren wollte. Für die zerdrückten Präparate kam dann noch hinzu, daſs trotz schonendster Anwendung die natürliche Lagerung der Kolonien fast immer litt und man beispielsweise bei der Untersuchung von Hyphomyceten nicht im stande war, zu sagen, ob ein Fadenpilz wirklich unverästigt oder nur durch die Präparation in einzelne Fäden oder Glieder getrennt sei.

[1] Unna, Die Färbung der Mikroorganismen im Horngewebe. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. pag. 225.

Diese natürlichen Mängel der Methodik hafteten nur deshalb der Untersuchung an, weil es bis dahin noch nicht gelungen war, die Mikroorganismen so stark im Verhältnisse zur Hornschicht zu färben, daſs eine völlige, elektive Durchfärbung dickerer Hornkomplexe auf Bakterien und Fadenpilze ermöglicht wurde. Ich habe in der citierten Arbeit angegeben, daſs sowohl die Jodierung wie die Chromierung der gefärbten Organismen allerdings äuſserst tief und dauerhaft gefärbte Bilder derselben liefert, aber ich verstand damals noch nicht, die umgebende Hornschicht solcher Präparate von dem Jod-, resp. Chromfarbstoff zu befreien, ohne daſs die Färbung der Organismen ebenfalls Schaden litt. Ich kann die damaligen Erfahrungen nicht besser und kürzer wiedergeben, als durch ein Citat aus jener Arbeit, welcher die Jodierung der Präparate betrifft:

„Die Jodierung mit nachfolgender Entfärbung durch Alkohol oder Anilinöl, die zur Darstellung der Bakterien im allgemeinen heutzutage eine so groſse Rolle spielt, besitzt für den vorliegenden Zweck eine weit geringere Bedeutung. Einerseits haftet die Jodfarbe so fest an der Hornschicht, daſs selbst die stärksten Entfärbungsmittel ihr dieselbe nicht völlig entreiſsen können, andererseits bedingt die Jodierung stets die Abscheidung von Jodfarbstoffpartikelchen auf der Oberfläche der Hornzellen, deren Bedeutung noch ungewiſs ist, die jedoch auſser ihrer Lage zwischen den Hornzellen auch noch das Aussehen kleiner Bacillen und Kokken oft so täuschend nachahmen, daſs vor dieser Verwechselung nicht eindringlich genug gewarnt werden kann. Nur wenn es sich um einen sehr dünn ausgestrichenen Hornzellenbrei handelt, ist die gewöhnliche Weigertsche Fibrinmethode hinreichend, um auf den fast entfärbten, bläulichen Zellen die Bakterien dunkelviolett hervortreten zu lassen. Auch halten nur gewisse Pilzarten einer längeren Anilinölbehandlung, wie sie hierzu notwendig ist, stand. Diese, z. B. die groſsen Flaschenbacillen, treten dann aber auch mit unübertrefflicher Schärfe hervor. Ich habe nur wenige Mittel (Chlorwasser, Bromwasser, arsensaures Kali, kaustische und kohlensaure Alkalien mit nachfolgender Säurebehandlung etc.) gefunden, welche die Jodfarbe aus der Hornschicht auszuziehen vermögen. Aber diese Entfärbung trifft dann auch regelmäſsig alle Mikroorganismen.“

„Trotz dieser ungünstigen Umstände sind manche Bakterien, so namentlich die eitererregenden Staphylokokken in dünnen Schnitten und Präparaten durch die Weigertsche Methode darstellbar. Dieses liegt aber nur in dem Umstande begründet, daſs in nächster Nachbarschaft der Kokken die Hornschicht chemisch verändert, wahrscheinlich peptonisiert ist. Denn die die Kokken direkt umgebenden Hornzellen entfärben sich meist allein in der ganzen Hornschicht und lassen dann allerdings die Kokkenhaufen wunderschön hervortreten. Der Ersatz des Gentianavioletts

durch weniger stark an der Hornschicht haftende Farben, z. B. Methylenblau, ändert an der Zähigkeit mit welcher die gebildete Jodfarbe haftet, sehr wenig. Die oben genannten Lösungsmittel: Glycerinäther, Glykol, Styron, welche die methylenblaue Hornschicht leicht entfärben, sind der jodmethylenblauen gegenüber ebenfalls machtlos. Nur mittelst Aceton habe ich an kleinen Hornzellenkomplexen eine genügende Entfärbung der Jodfarben erreichen können, ohne bereits die Bakterien mit zu entfärben und diese traten dann allerdings sehr gut hervor. Seltener ist mir dieses mit starker Essigsäure geglückt, hin und wieder mit Seifenwasser mit nachfolgender Alkoholbehandlung. Im ganzen aber mufs man sagen, dafs jede Jodierung den Nachweis der Hornbakterien bis zur Unmöglichkeit erschwert."

Es waren nun die Verbesserungen der Pararosanilin-Jodmethode bei ihrer Anwendung auf die durch Kokken herbeigeführten Oberhauterkrankungen (Ekzem, staphylogene Entzündungen), welche mit einem Male auch das Problem der partiellen Ausziehung der Jodfarbe nur aus den Hornsubstanzen ohne gleichzeitige Entfärbung der Organismen, einer Lösung entgegenführten. Es erwies sich daselbst von grofsem Vorteil, die Entfärbung statt in reinem Anilin in Mischungen von Anilin mit sauren Farbstoffen[2] vorzunehmen, wozu ich vorzugsweise Orange, Eosin und Pikrinsäure verwandte. Natürlich ist diese Modifikation überall dort am Platze, wo die den Jodfarbstoff festhaltenden Organismen in einer Umgebung (Kollagen, Hyalin, Protoplasma, Keratin) liegen, welche saure Farben aufnehmen kann. Aber auch dort, wo man gar keine Kontrastfärbung wünscht, wird durch einen derartigen Zusatz saurer Farben zum entfärbenden Anilin einerseits die entfärbende Kraft desselben für die jodfarbenen, basophilen Organismen abgeschwächt und zugleich für die jodfarbene, acidophile Umgebung verstärkt und dadurch in allen Fällen die elektive Färbung der Organismen in bedeutendem Grade verbessert.[3]

Es zeigte sich denn auch in den betreffenden Gewebsschnitten die Hornschicht im Gegensatz zu den Bildern, welche die sonstigen Jodmethoden liefern, fast frei von Jodfarbe und die Mikroorganismen traten innerhalb derselben schärfer hervor als bei den meisten der von mir 1891 angegebenen Färbemethoden. Natürlich hat andererseits diese modificierte Jodmethode ihre Grenzen an dem Punkte, wo die Brauchbarkeit aller Jodmethoden aufhört. Organismen, welche die Jodfarbe nicht fixieren, sondern ihre Farbe bei der Jodbehandlung abgeben, sind natürlich auch

---

[2] Ich habe diese Modifikation der Pararosanilin-Jodmethoden schon gelegentlich einer Arbeit über Fibrinfärbung mitgeteilt. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVI. pag. 351.

[3] Über „unvollständige Kontrastfärbung" s. a. a. O. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. pag. 294.

in- der Hornschicht nicht mit dieser Methode der Anilinmischungen darzustellen.

Von dieser kleinen Verbesserung der auf Schnitte angewandten Pararosanilin-Jodmethode war es wieder nur ein kleiner, aber recht folgenschwerer Schritt, als es sich zeigte, daſs durch die genannten Anilinmischungen auch in toto durchgefärbte Hornschuppen und Krusten ohne Verlust der Bakterienfarbe vollkommen aufgehellt werden konnten. Denn nun war mit einem Male die Möglichkeit gegeben, die Hornorganismen ohne jede Lageveränderung und ohne Störung des Zusammenhanges darzustellen, ja man war sicher, bei allen jenen Pilzaffektionen, bei denen die Hornschicht groſse Massen derselben Mikroorganismen beherbergt, Reinkulturen derselben beobachten zu können, welche an Natürlichkeit diejenigen auf künstlichem Nährboden übertreffen.

Ich verfahre, um von den Schuppen und Krusten liefernden Hautaffektionen (Ekzem, Psoriasis, Impetigines, Trichophytien, Pityriasis versicolor, Erythrasma etc.) Übersichtsbilder der Mikroorganismen zu gewinnen, folgendermaſsen: Auf die betreffende Efflorescenz wird ein Stückchen Zinkpflastermull[4] aufgelegt und einige Minuten mit der warmen Hand niedergedrückt. Beim Abheben des Pflasters kleben dann gewöhnlich alle gewünschten, sekundären Krankheitsprodukte an demselben. Wo sie gelegentlich fester an der Haut haften, muſs man sie vorher am Rande ein wenig ablösen. Die Pflasterabhebung andererseits ist der instrumentellen deswegen vorzuziehen, weil der Zusammenhang der Teile besser gewahrt bleibt und jede Blutung vermieden wird. Diese mit Schuppen und Krusten bedeckten Pflasterstücke kann man beliebig lange trocken aufbewahren.

Zum Zwecke der Untersuchung bringt man sie in ein Schälchen mit Benzin, wo das Untersuchungsmaterial sofort davonschwimmt, allerdings noch mit einigen anklebenden Zinkoxydteilchen. Sie kommen sodann aus dem Benzin zur Reinigung direkt in mit Salzsäure angesäuerten, absoluten Alkohol, wo das Zinkoxyd sich auflöst und hierauf in Wasser, um wieder aufzuquellen und die natürliche Tingibilität wieder anzunehmen. Die Färbung und Entfärbung nimmt man am besten auf dem Objektträger vor. Die Stückchen werden mittelst eines Glasstabes mit einigen Tropfen einer äuſserst starken Gentianalösung bedeckt, die man sich durch extemporierte Mischung von konzentrierter spirituöser Gentianalösung mit der Hälfte des Volumens an Anilinwasser herstellt (z. B. 20 Tropfen

[4] Statt des Zinkpflastermulls bediente ich mich eine Zeitlang eines gewöhnlichen Heftpflasters, um die Beschmutzung der Produkte mit Zinkoxyd zu vermeiden, aber ich ging wieder zu ersterem zurück, da nicht bloſs die weiſse Farbe an den abgelösten Schuppen sehr gut die Oberfläche derselben anzeigt, sondern ihr Schwinden sodann auch ein Indikator für die genügende Reinigung derselben ist.

spirituöser Gentianalösung + 10 Tropfen Anilinwasser in einem Schälchen gemischt). Nach 15 Minuten ist das Präparat gewöhnlich genügend durchgefärbt, doch schadet ein viel längerer Aufenthalt in der Farblösung auch nicht. Darauf wird dasselbe mit Löschpapier getrocknet und mit einigen Tropfen der gewöhnlichen, extemporierten Jodmischung (5%oige Jodkaliumlösung und Wasserstoffsuperoxydlösung zu gleichen Teilen) bedeckt. Nach 2—3 Minuten wird auch diese Lösung abgetrocknet und das Präparat mit der Anilinmischung (Pikroanilin oder Eosinanilin) bedeckt. Die Entfärbung geht nur langsam vor sich und man mufs durch zeitweilige Untersuchung den Punkt konstatieren, an welchem die Hornschicht vollkommen entfärbt ist und die Organismen scharf hervortreten. Wenigstens müssen die Präparate zwei Stunden in der Anilinmischung liegen, doch schadet ein viel längerer Aufenthalt nicht. Ich ziehe sogar vor, die Einwirkung eine ganze Nacht dauern zu lassen und auf der anderen Seite den Zusatz von sauren Farben zum Anilin nur sehr schwach zu machen; man erhält so die reinsten Färbungen der Organismen. Beispielsweise wären folgende Lösungen zu empfehlen:

Pikroanilin.		Eosinanilin.	
Anilin	10,0	*Anilin*	10,0
Pikrinsäure	0,001	*Eosin*	0,01

Wo nach vollendeter Entfärbung die hornige Umgebung eine stärkere gelbe oder rote Kontrastfarbe angenommen hat, kann man die letztere zweckmäfsigerweise durch halbstündliches Einlegen in reines Anilin wieder fortschaffen. Die Organismen lassen sich auf ganz ungefärbtem Grunde immer am besten studieren. Nur bei Krusten, wo es auf die genauere Differenzierung von Kernen (von Leukocyten) und Pilzen ankommt, ist es zweckmäfsig, eine Kernfärbung (Karmin, Hämatoxylin) vorausgehen zu lassen. Will man umgekehrt eine diffuse Kontrastfärbung der Präparate haben, so färbt man am besten in einer wässerigen Eosinlösung vor. Während der Jod-Gentianafärbung verschwindet diese Vorfärbung allerdings, kommt aber bei der Behandlung mit Pikroanilin oder Eosinanilin wieder stark zum Vorschein. Diese Vorfärbung ist zuverlässiger, als eine Kontrastfärbung, die man blofs durch Verstärkung der Pikrinsäure oder des Eosins im Anilinöl gewinnt.

Für die Zwecke der Photographie endlich kann man mit Vorteil die Gentiananilinmischung durch die gewöhnliche Karbol-Fuchsinlösung ersetzen; im übrigen wird ebenso jodiert und entfärbt. Auf diese Weise sind die Präparate der beigegebenen Tafel photographiert.

Sind die Krusten wesentlich dicker, als eine gewöhnliche Visitkarte, so fallen die Durchfärbungen nicht mehr so schön aus. In diesen Fällen thut man besser, von den Krusten Flachschnitte anzufertigen. Zu diesem Zwecke werden die lufttrocknen Krusten direkt auf ein Holzklötzchen

gelegt und mit verdünntem Celloidin bedeckt; nach 15 Minuten kommt das Klötzchen mit dem Präparat in 60%igen Alkohol und ist nach wiederum einer Viertelstunde schnittfähig. Die Schnitte werden ohne vorherige Celloidinauflösung genau wie die ganzen Schuppen gefärbt. Bei ihnen ist eine Vorfärbung der Leukocytenkerne ratsam; dazu kommen die Schnitte vor der Bakterienfärbung 5 Minuten in meine Pikro-Cochenillelösung (Grübler) und werden nachher gut in Wasser abgespült, um vor der Bakterienfärbung die überschüssige Pikrinsäure möglichst zu entfernen.

. Die hier angegebene Färbung ist aufser für ganze Schuppen und Krusten und Schnitte von solchen auch für Schnitte von Haaren, Komedonen, Hornpapeln, Hauthörnern, Warzen, genug für alle hauptsächlich hornigen Gewebe zu verwenden, welche auf Mikroorganismen untersucht werden sollen.

Ehe ich zur Erläuterung der beigegebenen Tafel übergehe, welche von den Resultaten dieser Färbemethode eine Anschauung geben soll, möchte ich noch einiges über die Herstellung der Tafel hinzufügen. Dieselbe beruht auf einem Prinzip, welches ich zuerst bei Herstellung der Tafel zu der Arbeit von Williams über Cutis laxa[5] im Jahre 1892 befolgt habe und für die beste Methode der Reproduktion histologischer Präparate überhaupt halte. Sie beruht auf einer zweckmäfsigen Verbindung der Mikrophotographie mit der gewöhnlichen Zeichnung mikroskopischer Bilder und verbindet die gröfsere Treue ersterer mit der gröfseren Anschaulichkeit letzterer. Es werden von den möglichst stark spezifisch gefärbten Präparaten Mikrophotogramme angefertigt. Hierzu eignen sich bei Hautschnitten besonders Kernfärbungen mit Karmin, Saffranin, Karbolfuchsin oder Eisenhämatoxylin, Elastinfärbungen mit Orcein, Kollagenfärbungen mit Säurefuchsin und Färbungen der Mikroorganismen nach der oben angegebenen Methode. Von den Negativen werden schwache Abzüge auf Salzpapier gemacht, auf dem sich ohne weiteres zeichnen und malen läfst. Die so gewonnenen, zarten Vorlagen geben nur den Rahmen der Zeichnung ab, in welche sodann der Zeichner nach dem Originalpräparate unter Gebrauch der Mikrometerschraube alle in der Photographie fehlenden Daten der höheren und tieferen Schichten des Gewebes einträgt. Dafs auf diese Weise selbst ein ungeübter Zeichner in sehr kurzer Zeit eine korrekte und anschauliche Nachbildung des Originalpräparates anfertigen kann, ist eo ipso klar und soll hier für Gewebsschnitte nicht weiter ausgeführt werden. Aber auch für die Darstellung von Pilzkulturen halte ich diese Art der halbphotographischen Nachbildung für weit zweckmäfsiger, als die einfache Photographie, besonders wenn jene, wie auf den Originalpräparaten der vor-

---

[5] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. XIV. pag. 490.

liegenden Tafel, ziemlich dicke Schuppen erfüllen. Selbst wenn man solche Stellen zur Photographie aussucht, die möglichst genau in einer Ebene liegen, so wird das Photogramm oder die getreue Nachbildung desselben doch nur eine sehr unvollkommene Anschauung der nach allen Seiten ausstrahlenden Pilzkultur geben können. Viel anschaulicher wird die Darstellung aber bereits, wenn der Zeichner die unscharfen, weil vor oder hinter der Fokalebene verlaufenden Pilzfäden nach dem Originale unter Anwendung der Mikrometerschraube schärfer nachzeichnet oder eventuell ganz frisch einträgt. In dieser Weise ist die vorliegende Tafel angefertigt.

Die erste Abbildung (Fig. 1) stellt die Pilzfäden der Tinea imbricata dar. Das Material verdanke ich Herrn Manson, welcher mir vor mehreren Jahren eine Flasche trockener Schuppen zu übersenden die Güte hatte. Diesem Forscher verdanken wir bekanntlich die ausführlichste Beschreibung dieser eigentümlichen, aus konzentrischen Schuppenringen bestehenden Pilzaffektion der Inseln des stillen Oceans. Nach ihm[6] besteht das die Schuppen dicht erfüllende Pilzgeflecht aus Mycelien und Conidien, von denen die letzteren in weit gröſserer Anzahl vorhanden sind. Die Conidien sind oval, seltener rund oder unregelmäſsig geformt und bilden verästigte Reihen. Sie gehen aus der Teilung von Conidien oder Mycelfäden hervor, In den jüngst befallenen Stellen sind sie mehr rechteckig, dunkler und enthalten rotbraune Körner. Am Ende der Conidienreihen sitzen zuweilen gröſsere Sporen. Das Mycel ist viel zarter und dünner, etwa halb so breit, wie die Conidien, häufig verästigt und läuft zuweilen in eine Conidienkette aus. Auch hier sind feinere und dickere zu unterscheiden, von denen letztere rotbraune Körner enthalten. Sehr merkwürdig ist nun folgende, weitere Angabe, daſs nämlich trocken aufbewahrte Schuppen nach einigen Wochen nur breite, viel verzweigte Mycelien und gar keine Conidien mehr zeigen sollen. Von den Trichophytonarten des Deckepithels unterscheidet sich dieser Pilz, abgesehen von der viel gröſseren Menge der Pilzelemente, durch die längeren, geraderen, nur leicht wellig gebogenen Mycelfäden, ein Unterschied, der auch beim Vergleiche von Fig. 1 und Fig. 3 unserer Tafel in die Augen springt.

Siegfried (citiert nach dem Lehrbuch von Crocker) fand hingegen, daſs die Mycelfäden breit und viel zahlreicher sind, als die Sporen. Lutz endlich sagt neuerdings (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 14, pag. 154), daſs die Pilze nicht leicht nachzuweisen, aber sehr zahlreich vorhanden sind. „Es sind lange, blasse Hyphen, welche sich durch viele Gesichtsfelder hinwegziehen und gröſstenteils aus fast viereckigen Coindien bestehen.“

Unsere Figur 1 giebt, wie ich denke, eine ziemlich gute Vorstellung

---

[6] Manson. *The Filiaria sanguinis hominis etc.* London, 1883. pag. 162.

von dem, was die Autoren gesehen und unter verschiedenen Ausdrücken, teils als Conidienketten, teils als Hyphen beschrieben haben. Ich würde auf dieses Bild, welches fast jedes der mir gesandten trocknen und alten Schüppchen giebt, der Untersuchung am Lebenden gegenüber kein grofses Gewicht legen, wenn MANSON nicht selber angegeben hätte, dafs trockene Schuppen gar keine Conidien zeigen. Wir haben hier in der That das Bild vor uns, was MANSON von älteren, längere Zeit aufbewahrten Schuppen giebt, nämlich breite Mycelfäden und gar keine Conidien. Da es nun eine absolute Unmöglichkeit ist, dafs Conidien, welche frisch vorhanden sind, im trockenen Präparate verschwinden (während sie ja gerade das Dauerhafte am Pilze darstellen) und es ebenso unmöglich ist, dafs statt dessen Hyphenfäden auftreten (eher könnten an Stelle von Mycelien sich später Sporen finden), so steht es für mich fest, dafs die richtige Schilderung des Pilzes MANSON nur an den alten, trockenen Schuppen geglückt ist. Die wahrscheinliche Erklärung des sonderbaren Widerspruches ist wohl einfach dadurch gegeben, dafs die Mycelfäden dieses Pilzes, frisch mit Kalilauge behandelt, in ihre Teilstücke, die sich abrunden, zum Teil zerfallen und dadurch Conidienketten vortäuschen, während sie nach der Austrocknung widerstandsfähiger werden, so dafs man sie als das erkennt, was sie sind: als breite, kurz septierte Mycelfäden. Hiernach würde SIEGFRIED ganz richtig gesehen haben. Die endgültige Erledigung dieser Frage ist, wie man sieht, vermittelst der Durchfärbung ganzer, frischer Schuppen (ohne Zusatz von Kalilauge und Essigsäure) nach der hier angegebenen Methode leicht herbeizuführen. In meinen Präparaten stellt sich der Pilz in den verschiedenen Schuppen etwas verschieden dar. In einigen erfüllt (s. Fig. 1) ein dichtes Netz vielverästigter, breiter, kurz septierter, leicht wellig gebogener Mycelien die ganze Schuppe. Einzelne seitenständige, mittelständige oder endständige Glieder sind rundlich angeschwollen (s. Fig. 1) und haben vielleicht den Wert von Dauersporen. In anderen Schuppen befindet sich nur ein spärliches Netz dünnerer und noch gestreckter verlaufender Hyphen ohne solche Anschwellungen. Letztere entsprechen vielleicht den Hyphen von MANSON, erstere seinen Conidienketten. Möglicherweise haben wir es also bei dem Pilze der Tinea imbricata der Hauptsache nach nur mit einem Mycelgeflechte zu thun.

Das Microsporon furfur, der die Pityriasis versicolor erzeugende Pilz (Fig 2), zeigt in Bezug auf die Sporenfrage noch eine ebenso grofse Dunkelheit, wie jener exotische Saprophyt, mit dem er sonst unter allen Pilzaffektionen des Menschen klinisch am meisten Ähnlichkeit hat. BESNIER[7] sagt: „Aber wenn auch die Elemente des Microsporon furfur

---

[7] KAPOSI, *Annotations*. Bd. II. pag. 857.

durch ihre Anordnung und ihre charakteristischen Eigenschaften sich leicht von denen anderer Pilzaffektionen unterscheiden lassen, bleibt doch die Art ihrer Vegetation dunkel. Man bemerkt ziemlich häufig eine oder sogar zwei Sporen an den Enden eines Pilzfadens; die Fäden sind am Ende angeschwollen; man beobachtet auch oft die Segmentation des Inhaltes; aber eine Teilung der protoplasmatischen Scheide sieht man nirgends eintreten." Auch sonst sprechen sich die Lehrbücher über diesen Punkt vorsichtig oder garnicht aus. Auch hier liegt die Entscheidung in dem Studium gefärbter und in ihrem Zusammenhange nicht gestörter, natürlicher Reinkulturen, wie sie durch die angegebene Methode äufserst leicht herstellbar sind.

Kurz gesagt betrifft die Frage, um welche es sich hier handelt, die Entstehung der bekannten Sporenlager der Pityriasis versicolor. Es ist in der That auffallend, wie sauber dieselben stets von dem üppigen, sie umgebenden Mycelgeflecht getrennt sind. Aber bei den natürlichen, in situ gefärbten Kulturen sieht man doch zahlreiche Sporenlager im Beginne ihrer Entwickelung, die vielleicht durch die früher üblichen Untersuchungsmethoden als solche nicht erkannt wurden. Die gewöhnlich dicht verschlungenen, V-förmig gebogenen, platten Fäden verdicken und verkürzen sich zu unregelmäfsig gestalteten, rosenkranzförmigen Gebilden und zerfallen dann direkt in runde Sporen, von denen gewöhnlich vier auf ein Fadenglied kommen. Auch kann die Anschwellung der Fäden ausbleiben und dieselben zerfallen dann direkt in kleinere, fast viereckige Abschnitte. Bekanntlich sind die Septen des Microsporon furfur relativ breit, und die Glieder enden nicht abgerundet, sondern ganz gerade gegeneinander abgesetzt.[8] Man versteht daher sehr wohl, dafs nicht nur die kubischen Teilstücke von geraden Flächen begrenzt sind, sondern auch die kugeligen Teilstücke unmittelbar nach dem Zerfall an einer oder zwei Seiten eine Abplattung oder eine wenig hervorragende Platte aufweisen. Da die Segmentation nun gewöhnlich nicht einzelne Hyphen, sondern gerade sehr dicht verschlungene Knäuel derselben betrifft, so zerfällt ein solcher Knäuel relativ rasch in ein ganzes Lager von solchen Teilstücken. Man kann in diesen jüngsten Sporenlagern noch den Verlauf vieler früherer Fäden durch regelmäfsige Reihen kubischer oder rundlicher, gegenseitig abgeplatteter Sporen verfolgen. Bei älteren Sporenlagern (s. Fig. 2) ist jede Erinnerung an diesen Ursprung verwischt, teils durch eine leichte Zerstreuung der Sporen, teils durch eine nachträgliche und oft bedeutende Aufquellung derselben zu grofsen, rundlichen Elementen, welche selbst den doppelten Durchmesser der Hyphen besitzen können.

[8] Leider giebt die Chromolithographie diese Einzelheiten, sowie die Abplattung der Hyphen, ihre V-fömige Knickung etc., welche auf der gemalten Photographie gut hervortraten, nicht wieder.

Figur 4 giebt sehr gut den Eindruck der Pilzrasen eines dritten Saprophyts, des Microsporon minutissimum, wieder, welcher die Hornschicht in ungeheuren Schwärmen beim Erythrasma erfüllt. Man bemerkt auf den ersten Blick die starke Differenz der Gröfse gegenüber den beiden vorhergehenden Pilzen, da alle bei derselben Vergröfserung, 650 : 1, photographiert sind, sodann den Mangel einer regelmäfsigen Septierung und einer Verästigung der Fäden. Dieselben sind zum Teil im Vergleiche zu ihrer Feinheit aufserordentlich lang, peitschenartig verdünnt und gekrümmt. Die dickeren und kürzeren zeigen häufig nicht blofs kurze Septierung, sondern auch einen Zerfall in kurze, gerade, nicht angeschwollene Teilstücke. Wo diese überall verstreuten, nirgends in Lagern versammelten Teilstücke in die Breite anschwellen und sich dadurch abrunden und zugleich stärker färben, bilden sie die Sporen des Erythrasmas. Eine Verwechslung derselben mit absterbenden, degenerierten Fäden kann nicht gut vorkommen, da diese sich sehr schlecht oder gar nicht färben.

Payne[9] hat die Ansicht ausgesprochen, dafs das Microsporon minutissimum wahrscheinlich gar kein Hyphomycet, sondern die Fadenform eines Bacillus sei, weil er echte Sporen in seinen Präparaten vermifste und die kurzen Teilstücke ja in der That bacillenähnlich aussehen. Ich mufs jedoch hiergegen bemerken, dafs man die Sporennatur der Elemente an den Sporenlagern des Microsporon furfur noch nie bezweifelt hat, und dafs diese sich genau ebenso durch totale Segmentation — nicht durch oidienförmige Abschnürung von Endgliedern — aus den verkürzten und verdickten Hyphen bilden, wie die bacillenähnlichen Teilstücke des Microsporon minutissimum. Ich bitte den sich hierfür interessierenden Leser, die Sporen und Fäden des Erythrasmapilzes mit den äufserst ähnlichen Sporen und Fäden der Pilzgruppe zu vergleichen, welche ich in meiner Flora dermatologica VIII, Tafel V,[10] publiciert habe, besonders mit Pilz XVIII. Hier schützten die groben Merkmale der Kulturen schon vor der Annahme, dafs man es mit Spaltpilzen zu thun habe.

Die übrigen drei Abbildungen zeigen die natürlichen Reinkulturen von echten Hautparasiten, alle bei derselben Vergröfserung von 650 : 1 photographiert, einen Fadenpilz, einen Coccus und einen Bacillus.

Figur 4 zeigt einen Fall von einer Trichophytonart, welche am Rumpfe eines jungen Mannes einen akut entstandenen, kreisrunden Fleck mit stark entzündetem Rande erzeugt hatte. Die nähere Bestimmung der Trichophytonart fehlt. Das Präparat entstammt der Randpartie. Nur die Schuppen dieser äufsersten Zone ergaben Übersichtsbilder, an denen noch die Verästelung der Fäden sichtbar war. Aber hier besteht schon

---

[9] Payne, *Observations on some rare diseases of the skin.* London 1889. pag. 39.
[10] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII. pag. 249.

ein allgemeiner Zerfall in sporenartige Teilstücke. An mehr zentralen Schuppen waren aufser einelnen solchen nur noch schwach färbbare Reste von abgestorbenen Fäden nachweisbar, dagegen fanden sich hier sehr viele Kokken vor, welche in der fortschreitenden Randzone vollkommen fehlten. Da die Kokken oft die absterbenden Mycelien in den Schuppen des Zentrums geradezu einhüllten, machte der Vorgang ganz den Eindruck, als ob das Trichophyton unter der Einwirkung saprophytischer Kokken abstürbe. Doch habe ich in einem anderen Falle auch das zentrale Absterben des Trichophyton ohne gleichzeitige Entwickelung von Kokken gesehen und möchte daher keinen ursächlichen Zusammenhang beider Erscheinungen behaupten.

Figur 5 und Figur 6 gehören zusammen und betreffen Schuppen, welche von einem typischen, petaloiden, seborrhoischen Sternalekzem stammen. Figur 5 zeigt die Verteilung der grofsen Haufen von Morokokken bei einem sehr chronischen Ekzem ohne augenblickliche, stärkere Entzündungserscheinungen.

Figur 6 giebt das von der Pityriasis capitis her allbekannte Bild der Flaschenbacillen wieder (Sporen MALASSEZ). Man sieht sehr deutlich alle Übergänge von einfachen grofsen Bacillen zu einseitig geschwollenen Flaschenformen und hie und da auch zu total geschwollenen Ei- und Kugelformen.

Ich hoffe, dafs diese Abbildungen den Leser überzeugen werden, dafs mittelst der angegebenen, ungemein leicht auszuführenden Methode, sowohl für das Studium wie für die Demonstration der Oberhautpilze, ein nicht unbedeutender Fortschritt erreicht ist.

Aus der Praxis.

Von

Dr. NEUHAUS,
Specialarzt für Hautkrankheiten in München.

1. Ein seltener Fremdkörper in der Harnröhre.

Im vergangenen Jahre konsultierte mich ein 16jähriger Jüngling, welcher sogleich bat, ihn von einer seit zwei Tagen bestehenden Harnverhaltung zu befreien. Auch machte er ohne weiteres folgende Angaben: Vor zwei Tagen habe er mit einer Puella publica einen Coitus ausgeübt, sei dann in deren Bette eingeschlafen. Währenddem hätte ihm, um ihn aufzuregen, das Mädchen einen Bleistift in die Harnröhre gesteckt. Dieser

befinde sich noch darin und hindere offenbar vollkommen das Urinieren. Der Harndrang und die Schmerzen in der Harnröhre seien aber nur mäfsig. Der Patient stellte durchaus in Abrede, dafs er selbt aus masturbatorischem Anlasse den Fremdkörper eingeführt hätte. Die Palpation belehrte mich in der That, dafs im hinteren Teile der Pars anterior urethrae, ausgehend von der Scrotalgegend und nach vorn ziehend, in etwa 5 cm Länge ein länglicher, harter Fremdkörper sich befinde, der wohl ein Bleistift sein konnte. Ich wollte nun ein weites Endoskop einführen und so den Bleistift entfernen, dies gab aber der Patient nicht zu, weil sowohl das einfache Herausdrücken als die Entfernung mittelst Endoskops und Zange von anderer Seite bereits vergeblich versucht worden waren. Auch ich erreichte durch Expression nichts, gab daher dem Wunsche des Patienten nach, schnitt auf den Bleistift ein und entfernte durch die klein angelegte Öffnung mittelst Kornzange den Stift, welcher mit dem zugespitzten Ende vesikalwärts gerichtet war. Der Patient entleerte hierauf etwa $^1/_2$ Liter klaren Urins. Nun wurden einige Nähte angelegt und mit Jodoformgaze verbunden. Die Heilung erfolgte per primam int. Patient erlitt keinen weiteren Nachteil. Der blau lackirte zugespitzte Bleistift hatte $5^3/_4$ cm Länge und einen Umfang von 2,8 cm.

2. Spontane Gangrän der Eichel.

Vor etwa zehn Jahren, da ich in Neumarkt (Oberpfalz) weilte, wurde ich vom Kollegen Dr. Hasselwander daselbst eingeladen, einen ungewöhnlichen Fall mit zu konstatieren. Der Kranke war ein etwa sechs Monate alter, bis dahin gesund gewesener Knabe, das Kind eines Arbeiters. Am ganzen Körper zeigte sich nichts Auffallendes, dagegen erschien — angeblich plötzlich — jetzt die Glans penis braunschwärzlich verfärbt, trocken, in der Eichelfurche durch einen leichten Entzündungssaum der übrige Teil des Gliedes abgegrenzt. Wie das Kind zu dieser Gangrän gekommen, blieb uns dunkel. Irgend eine Wunde, Erysipel, eine Intoxikation war nicht zu erforschen, Zucker nicht vorhanden; wir nahmen also spontane Gangrän an. Schliefslich entfernte Dr. Hasselwander die brandige Eichel; der Wundverlauf erfolgte unter Borsäureumschlägen glatt und relativ schnell. Als ich später das Kind wiedersah, überraschte mich die im Penisstumpfe sich darbietende Kegelform, welche lebhaft an die verloren gegangene Eichel erinnerte. Wie Erwachsene nach solchen Verstümmelungen sexuell verkehren, darüber ist mir aus der Litteratur nichts bekannt; Coitusversuche werden vermutlich nicht ganz unterbleiben.

3. Urethritis membranacea artificialis.

Im November 1882 wurde ich am späten Abend zu einem angeblich schwerkranken Reisenden in ein Gasthaus gerufen. Der Patient war ein

kräftig gebauter, etwa 30jähriger Mann. Mit stark gerötetem, fast gedunsenem Gesichte lag er zu Bette, hatte hohes Fieber (40°), die Frequenz des Pulses und der Respiration war aber wenig erhöht. Auffällig erschien, daſs ab und zu einzelne Gesichtsmuskeln sekundenlang in Zuckung geriethen, etlichemale konstatierte ich auch Krämpfe der Wadenmuskulatur. Perkussion und Auskultation ergab nichts Abnormes. Der Patient selbst war offenbar nicht bei Bewuſstsein. Den Urin bekam ich nicht zu sehen. Man erzählte mir, der Herr sei morgens ausgegangen, um Mittag fröstelnd zurückgekehrt, zu Bette gegangen und wahrscheinlich bald so schwerbesinnlich geworden. Unter diesen Umständen gelangte ich zunächst zu keiner sicheren Diagnose, beschränkte mich darauf, eine Eisblase auf den Kopf legen zu lassen; empfahl Darreichung von Wasser und Überwachung. Am darauffolgenden Morgen war die Sachlage wesentlich verändert. Der Patient schlief abends zunächst sehr unruhig, geriet aber von Mitternacht an in lebhaften Schweiſs, schlief dabei ruhiger und erwachte morgens wie ernüchtert. Bald darauf hätte er unter lebhaften Schmerzensäuſserungen uriniert, aber nicht viel. Als ich um eine Stunde später mich einfand, war Patient wirklich nicht mehr so heiſs (38°), offenbar nicht mehr betäubt, sondern gab klare Auskunft über jede Frage. Besonders erregte meine Aufmerksamkeit folgende Angabe: Patient sei immer gesund gewesen, bis etwa vor einem Jahre, da er sich einen Tripper zuzog. Nachdem er vielerlei vergeblich zur endgültigen Beseitigung desselben angewendet, hätte er auch vor drei Tagen einen bekannten Chirurgen in einer süddeutschen Stadt konsultiert. Dieser hätte ihm selbst eine scharfe Einspritzung gegeben und die gleiche Lösung auch aufgeschrieben. Trotzdem dieselbe furchtbare Schmerzen, starken Ausfluſs und Blutabgang hervorrief, habe er selbst noch einmal die Injektion wiederholt. Das Rezept wies nach, daſs die verordnete Lösung eine einprocentige alkoholische Sublimatsolution war. Der Patient gab ferner an, daſs er am zweiten Tage sehr wenig mehr uriniert habe, über den dritten (gestrigen) Tag war ihm überhaupt nichts mehr erinnerlich. Daraufhin untersuchte ich den kurz vorher gelassenen Urin besonders aufmerksam. Derselbe erwies sich bräunlichgelb gefärbt, getrübt; in demselben fand ich neben zahlreichen dünnen langen Fäden, kurzen Schollen auch eine offenbar schon zerfallene d ü n n e H a u t von 5 cm Länge, dabei einige kleine, schlauchartige Stückchen. Das Mikroskop ergab als Bestandteile verschiedenartige Pflasterepithelien, Eiter- und Blutkörperchen. Auſserdem fanden sich im Urine hyaline und körnige Cylinder. Der Eiweiſsgehalt war sehr beträchtlich. Die Quantität des eben abgesonderten Urins betrug nur 150 ccm. Nach diesen Befunden war kein Zweifel, daſs durch das Sublimat eine Anätzung und bedeutende Anschwellung der vorderen Harnröhre stattgefunden hätte. Es blieb aber nicht bei der Urinbehinderung,

sondern das Hydrargyrumpräparat erzeugte auch eine Reizung der Blase und Niere; letztere reagierte mit einem urämischen Anfalle. Die Prognose stellte ich günstig, da ja der Reiz nur ein kurzer gewesen. In der That ging bei einfacher Milchdiät und dem Gebrauche von Selterswasser schon am folgenden Tage das Fieber weg, Eiweiſs und Cylinder schwanden bald aus dem reichlicher werdenden Urine. Noch zweimal gingen in den nächsten Wochen ähnliche kleinere Membranen aus der Harnröhre ohne besondere Beschwerden ab. Die Sekretion blieb aus und Patient ward endgültig vom Tripper geheilt. Wenn so heftige Folgen bei Sublimatanwendung auch selten sein dürften, so sollte doch nie vergessen werden, daſs gerade die Quecksilberpräparate den Harnorganen gegenüber viel gefährlicher sein können, als die meisten übrigen Metallsalze.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. Februar 1894.
Vorsitzender: E. Besnier.
(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Du Casal: **Ein Fall von Skleremia indeterminata.**

Du Casal stellt einen Kranken mit flächenweiser Verdickung der Haut und subkutanen Veränderungen vor, für die er keine Diagnose weiſs. Namentlich die Innenfläche der Oberschenkel fühlt sich speckig hart an. Dasselbe gilt für die Lenden- und die Gefäſsgegend. Auch die Hoden sind ergriffen. Im ganzen beschränkt sich die Erkrankung mehr auf die untere Körperhälfte, Lenden, Gesäſs, Oberschenkel; Unterschenkel und Fuſs sind frei. Die Erkrankung nahm einen langsamen Verlauf. Die Farbe der erkrankten Hautstellen ist dunkler, brauner als die übrige Haut. Es besteht auſserdem Erythromelalgie, und der Patient ist neuropathisch belastet.

In der sich an dieser Vorstellung anschlieſsenden Besprechung bemerkte E. Besnier, daſs man es hier mit einem äuſserst seltenen Fall zu thun habe; eine ganz gleiche Beobachtung scheint überhaupt noch nicht veröffentlicht zu sein. Man stoſse aber auf ähnliche Fälle nicht in der Gruppe der Sklerodermia vera, sondern der Sklerodermia indeterminata.

Fournier: **Papulöse Syphiloide.**

Die Fourniersche Mitteilung ist von groſser klinischer Bedeutung. Es handelt sich nämlich um nicht syphilitische perineale Neubildungen bei einem kleinen Mädchen. Diese Neubildungen gleichen so sehr der Syphilis papulosa hypertrophica erosiva, daſs in einem ähnlichen Falle, der erst vor Jahresfrist spielte, ein Mann der Päderastie für schuldig befunden wurde und sechs Monate im Gefängnis zu Mazas zubrachte. Die Anklage wurde damals auf Grund einer angeblich syphilitischen Affektion am Perineum eines kleinen Knaben erhoben. In Wirklichkeit handelte es sich nur um papillomatöse Wucherungen, die sich infolge andauernden, durch Unsauberkeit bedingten Reizes auf ursprünglich ganz banalen Erosionen entwickelt hatten.

Louis Wickham: **Skrophulo-Tuberkulose der Haut.**

Wickham berichtet über einen Fall von Skrophulo-Tuberkulose der Haut, wo das Leiden vor 24 Jahren am Fuſs begann. Die Tuberkulose hat, von unten nach oben fortschreitend, einen Teil der linken unteren Extremität und den linken Arm überzogen. Man stöſst gleichzeitig auf bräunliche Knoten, die für den entstehenden Lupus typisch sind, auf Plaques von Lupus exfoliativus mit psoriasisartiger Abschuppung — dieselben tragen in der Mitte eine narbige Einsenkung —, auf Lupus vegetans und Lupus ulcerosus superficialis. Am Daumen endlich gewahrt man eine Fistel, die zu kariösem Knochen führt und zum Belege dient, daſs schon Knocheneiterung bestanden hat. In diesem Falle bestehen also Lupus und Tuberkulose unbestreitbar nebeneinander; ein recht seltenes Vorkommen, das aber zum klinischen Beweis für die tuberkulöse Natur des Lupus dient.

Jedoch ist damit das Interesse an diesem Falle noch nicht erschöpft. Man bemerkt nämlich auf dem linken Fuſsrücken sieben groſse, himbeerartige, papillomatöse Geschwülste. Diese hühnereigroſsen Massen lagern auf einem elephantiastisch erkrankten Gewebe. Ein Jahr lang hatte der Lupus des Fuſses den Ausgangspunkt für erysipelatöse Schübe gebildet. Allmählich haben sich die Gewebe dann infiltriert und chronisch verdickt. Gegenwärtig ist die Elephantiasis des Fuſses und des halben Unterschenkels vollendet und die papillomatösen Geschwülste tragen noch ein Erkleckliches zur Entstellung des erkrankten Gliedes bei.

Angeborene und ererbte Erweiterung aller Hautgefäſse.

Gaston stellt einen Patienten aus der Fournierschen Abteilung vor. Seine Hautgefäſse zeigen eine allgemeine Erweiterung, derart, daſs sie ein weitmaschiges, violet- oder weinfarbenes Netz bilden, daſs sich namentlich auf den Unterextremitäten deutlich abhebt und dessen Aussehen an die Suggillationen der Leiche erinnern.

An den Händen hat dieses Netz immer bestanden; von hier aus hat es sich weiter ausgedehnt, im Anschluſs an wiederholte linksseitige hemiplegische Anfälle und unter nervösen Erscheinungen, die an eine Pseudo-Paralysis generalis syphilitischen Ursprungs erinnerten.

Das Netz wird beim Stehen, beim Gehen und in der Kälte dunkler gefärbt. Patient ist gegen Hitze und Stich, namentlich links, stark empfindlich. Die Reflexe sind erhöht. In der rechten Kniekehle besteht eine variköse Erweiterung der Kapillaren. Der Puls ist etwas aussetzend, der Harn normal. Die Untersuchung eines Stückchen Haut ergab keine Veränderung der Gefäſse; dieselben waren nicht erweitert; es bestand nur eine geringgradige embryonale Infiltration am Papillarkörper der Cutis.

Das Interessanteste an diesem Falle ist aber, daſs bei der Tochter des Patienten die nämlichen Gefäſserweiterungen bestehen, und zwar an den Händen und Vorderarmen; sie zeigen aber ebenfalls Neigung, sich weiter auszudehnen. Patient und seine Tochter besitzen rote Haare und eine stark gefärbte Haut.

Da Herz und Nieren gesund sind, Sensibilitätsstörungen bestehen und die mikroskopische Untersuchung der Haut nichts Abnormes aufweist, so ist die Annahme, daſs es sich um vasomotorische Telangiektasien handle, berechtigt; dieselben mögen durch eine angeborene, ererbte Anlage zu stande gekommen sein; möglich, daſs damit auch die rote Färbung der Haare und der Haut zusammenhängt.

Über die Prurigo simplex.

Darier: Ich beglückwünsche Herrn Brocq, daſs er in seinem, in der letzten Sitzung gehaltenen Vortrag das Vorhandensein eines klinischen Typus, den er Prurigo simplex nennt, bewiesen hat; diese Bezeichnung weist der Dermatose ihren Platz an und macht ihre Beziehungen zu anderen Hautkrankheiten kenntlich.

Ich kann seine Auffassung durch einige Beobachtungen aus dem Krankensaal und pathologisch-anatomische Untersuchungen bestätigen.

Die Prurigo simplex (Hardys Strophulus, Vidals Lichen simplex acutus) ist nicht selten; sie kann in jedem Alter auftreten, ist aber bei 1—5jährigen Kindern besonders häufig. Diese Häufigkeit während der Zahnperiode, wo Störungen abseiten der Verdauung und der Nerven nichts Seltenes sind, verdient besonders hervorgehoben zu werden. Man hat hier einen ursächlichen Zusammenhang zu erkennen geglaubt, und wirklich ist auch der im Volksmunde „Feux de dents" genannte Ausschlag meistens nichts anderes als Papeln der Prurigo simplex.

Bei den Sektionen, die ich habe machen können, bin ich auf sehr charakteristische pathologische Veränderungen gestofsen: ein akut entzündliches Ödem des Papillarkörpers und der Epidermis, das sich klinisch durch die Anwesenheit einer Urticaria oder eines Erythems verriet. Auf der Spitze der Papel sitzt eine lentikuläre Plaque, die aus kolloiden Epidermiszellen besteht, und darunter ist die Vesikelbildung deutlich erkennbar. Wir haben es also hier ohne Frage mit einer Bläschenpapel zu thun, einer Form, die vom Lichen planus, vom Lichen simplex chronicus, vom Eccema papillosum und von der Miliaria ganz und gar verschieden ist. Dagegen ist die Analogie mit der Prurigo Hebra eine vollkommene. Man kann sich sogar fragen, ob die Prurigo simplex nicht eine Abortivform oder eine abgeschwächte Form dieser schrecklichen Krankheit sei; hat doch Brocq Übergangsformen erwähnt.

Auf jeden Fall ist die Häufigkeit des Strophulus oder der Prurigo simplex gegenüber dem seltenen Vorkommen der Prurigo Hebra zu betonen. Letztere ist auch immer mit Ekzem- und Lichenbildung über die ganze Haut verbunden und erweist sich jeder Behandlung gegenüber äufserst hartnäckig, wogegen die Prurigo simplex, trotz häufiger Rückfälle, eine günstige Prognose gestattet und in der überwiegenden Mehrheit der Fälle ausheilt.

Hallopeau: **Über ein Eccema vegetans mit exzentrischem Verlauf.**

Dieser Vortrag läfst sich in folgende Sätze zusammenfassen: 1. Im Gefolge des Eccema seborrhoicum kommt es zuweilen zu einer Dermatitis pustulosa et vegetans. Das Eccema seborrhoicum kann durch eine Vesikel, eine Pustel oder eine einfache Abhebung der Epidermis ohne Exsudat eingeleitet werden. 2. Die einzelnen Plaques des Ekzems vergröfsern sich durch fortschreitende Ausdehnung dieser Epidermisabhebungen. 3. Bei dem nämlichen Individuum trifft man an verschiedenen Stellen trockene, pustulöse und „Plaques végétantes". 4. Der behaarte Kopf kann fast ganz von dieser Dermatitis vegetans ergriffen sein, was eine Alopecie zur Folge hat. 5. Die Unnasche Annahme, dafs dieser exzentrisch fortschreitende Ausschlag durch ein noch unbekanntes Mikrobion verursacht wird, ist im höchsten Grade wahrscheinlich. Dafs der Ausschlag je nach seinem Sitz auf dem Kopf, auf der Brust, oder in der Leisten-Hodensack-Gegend ein ganz verschiedenartiges Aussehen annimmt, findet vielleicht in dem verschiedenartigen Nährboden, den die einzelnen Körpergegenden abgeben, vielleicht auch in einer verschiedenartigen Reaktion derselben seine Erklärung.

H. Hallopeau: **Über einen Fall von Dermatitis bullosa localisata im Anschlufs an eine Sklerodermie.**

Die Schlufssätze dieser Arbeit lauten: 1. Eine Sklerodermie und eine zufällig hinzutretende Verletzung können einen bullösen Ausschlag ins Leben rufen. 2. Dieser Ausschlag bleibt auf die von der Sklerodermie befallenen Stellen und deren Umkreis beschränkt. 3. Er hat Ähnlichkeit mit dem Ausschlag, wie er wohl durch eine alte, fortwachsende Narbe hervorgerufen wird. 4. Jedoch verhält er sich darin abweichend, dafs er nur vorübergehend auftritt und nach einigen Wochen wieder verschwindet,

wenn die durch das Trauma in der sklerosierten Gegend verursachten Störungen wieder ausgeglichen sind. 5. Die nächste Ursache für das Zustandekommen dieses Ausschlags scheint allerdings der Druck und die Reizung derjenigen Nerven abzugeben, die die Ernährung der sklerosierten Gegend zu besorgen haben. Druck und Reizung der Nerven kommen durch die vereinigte Wirkung der Bindegewebsschrumpfung und eines zufälligen Traumas zu stande.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Italienischer Chirurgen-Kongrefs zu Rom 1893.

(*Intern. klin. Rundsch.* 1894. No. 4.)

Gewaltsame vollständige Amputation des Penis, von PASCALE-Neapel. Einem 24 Jahre alten Menschen schnitt ein Stubenmädchen, als er zu ihm ins Bett kam, den Penis im höchsten Grade der Erektion ab. Die Blutung stand von selbst. Verfasser legte 14 Stunden später einige Nähte an und applicierte einen Dauerkatheter; es trat glatte Heilung ein. Das Urinieren vollzieht sich durch eine Prothese in normaler Weise. Der kleine Stumpf ist erektionsfähig.

Epicystotomie, von ENRICO D'URSO-Neapel. Der Vortragende, der bei vollständiger Sutur der Bauch- und Blasenwunde stets Harninfiltration sah, kommt auf Grund von Versuchen an Hunden zu folgenden Schlüssen:

1. Austritt von Harn erfolgt am unteren Wundwinkel (beim Menschen).

2. Der Austritt von Harn ist beträchtlicher bei Querschnittwunden.

3. Der Austritt von Harn erfolgt deshalb, weil sich die Blase, indem sie sich zusammenzieht und dabei an den Seiten konvex wird, dem vorderen Abdominaldrucke entzieht, der den exzentrischen Druck des Harns überwindet.

4. Der Harnausflufs durch die Wunde vermindert sich, wenn man nur die Hautnaht und zwei bis drei Nahtstiche an der Muskelwunde entfernt.

Es ist deshalb besser, nur die Blasenwunde zu nähen, das übrige mit Jodoformgaze zu tamponieren; die Bauchwunde kann 5—6 Tage später genäht werden. Katheter ist überflüssig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr.

Sitzung vom 11. Dezember 1893.

Über dermato-therapeutische Neuigkeiten spricht JESSNER unter besonderer Berücksichtigung neuerer Applikationsmethoden, denen gerade in der Dermatologie eine besondere Wichtigkeit zukommt, da man durch Variieren derselben mit demselben Medikament oft die verschiedensten Wirkungen erzielen kann. Ihre Vermehrung ist deshalb als grofse Bereicherung unserer Therapie freudig zu begrüfsen. Er bespricht die verschiedenen Salbenkonstituentien, Lanolin, Oesypus, Adeps lanae, Resorbin, erwähnt die Vasogene und hebt besonders die Vorzüge der Pasten hervor. Den Salben- und Pastenstiften kommt natürlich nur eine geringe Bedeutung zu, während er die Vorzüge der Salbenmulle immer mehr würdigen lernt. Die Pflaster, welche eine besondere Vervollkommnung erfahren haben, werden eingehend unter Demonstration der verschiedenen Fabrikate besprochen. Die Forderungen, welche man an ein gutes Pflaster zu stellen hat, sind:

1. dafs es unerwärmt gut klebt,

2. dafs es ohne besondere Vorsichtsmafsregeln, ohne an Klebkraft zu verlieren, aufbewahrt werden kann,

3. dafs die Basis indifferent ist,

4. dafs es mit den meisten Medikamenten mischbar ist,

5. dafs der Preis kein zu hoher ist.

Unter den verschiedenen Pflastern sind die Guttapercha-Pflastermulle, deren Indikationen wegen ihrer Impermeabilität bestimmt begrenzt werden müssen, die Collemplastra von Dietrich-Helfenberg, die Collempla der „Austria“ Wien, die Pflaster von König-Bückeburg besonders bemerkenswert. (Sitzung vom 8. Januar 1894.) Der Vortragende geht genauer auf die Bedeutung der Seifen und die an dieselben zu stellenden Anforderungen ein. Die Empfehlung der medikamentösen Seifen als Ersatz für Salben und Pasten wird einer strengen Kritik unterworfen, welche man in der Litteratur eigentlich vermifst. Die Sparsamkeit und Sauberkeit ihrer Anwendung sind als Vorzüge unbedingt anzuerkennen. Ihre grofse Penetrationskraft ist nicht zu bestreiten, aber entbehrlich, da die Salben trotz entgegenstehender Experimente, wie manche Intoxikation lehrt, in dieser Beziehung nichts zu wünschen übrig lassen. Dafs die medikamentösen Seifen unschädlich sind, ist nicht zuzugeben; im Gegenteil finden sie gerade da am ehesten ihren Platz, wo eine möglichst differente Wirkung erwünscht erscheint, Keratolyse angestrebt wird. Ein Nachteil derselben ist die ungenaue Dosierung in Bezug auf Menge und Konzentration, da man es da mit zwei nicht kontrollierbaren Faktoren, dem Fabrikanten und dem Patienten, zu thun hat. Ein fernerer Nachteil ist, dafs nur relativ wenige Medikamente in Seifenform haltbar sind, trotzdem die Seifen kritiklos mit fast allen versetzt in den Handel kommen. Man kann deshalb die Seifen nur in einer nicht zu grofsen Anzahl von Fällen an Stelle der Salben etc. setzen; gerade den in der Dermatotherapie weniger Erfahrenen ist zu raten vorsichtiger in der Seifenbehandlung zu sein. Von den Seifenformen sind die neutralen zweckmäfsig in der Gestalt der überfetteten Seifen zu empfehlen, da diese wenigstens die gröfstmögliche Garantie für die Neutralität bieten.

Sitzung vom 22. Januar 1894.

Einen Fall von Urticaria pigmentosa bei einem Kinde demonstriert Prof. Caspary. Von den Erläuterungen sei als besonders interessant hervorgehoben, dafs ein Zusammentreffen von Urticaria mit anderen Hautaffektionen (Roseola luetica) nicht selten ist, ein Punkt, dem der Vortragende jetzt seine besondere Aufmerksamkeit zuwendet. Das von Unna bei Urticaria pigmentosa betonte Vorkommen von Mastzellen ist nicht von Gewicht, da man diesen auch bei vielen anderen Leiden begegnet.

Gonokokkenkulturen von einem Falle von Arthritis gonorrhoica demonstriert Ernst Neisser. Der mit der Diagnose „akuter Gelenkrheumatismus“ in die Lichtheimsche Klinik aufgenommene Patient reagierte absolut nicht auf Salicylsäure. Die Punktion des stark geschwollenen Fufsgelenks ergab mikroskopisch charateristische Gonokokken, die nach Wertheim gezüchtet werden konnten. Allerdings ging eine Impfung auf Glycerinagar auch auf, aber eine Weiterzüchtung von diesem Röhrchen gelang nicht. Das Fufsgelenk wurde später eröffnet, man fand wenig Synovialflüssigkeit, aber starke zottige Wucherungen. Aus ersterer konnten wieder Gonokokken gezüchtet werden. Es herrscht also kein Zweifel über die Ätiologie des Falles, trotzdem die ursächliche Gonorrhoe nicht nachweisbar war und auch absolut in Abrede gestellt wurde. Eine bestehende Phimosis wie ein vorhandener Diabetes erschwerten übrigens die eingehende Untersuchung der Urethra.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Amerikanische dermatologische Gesellschaft.

17. Jahresversammlung, abgehalten zu Milwaukee am 5. und 6. September 1893.

Vorsitzender: Dr. George H. Fox.

1. Morison-Baltimore spricht über **Cosmetica.**

Es liegt kein Grund vor, alle Mittel, die das Publikum zum Zwecke der Verschönerung des Körpers braucht, für schädlich anzusehen. In jedem Falle ist es

Pflicht des Arztes, insbesondere der Dermatologen, soviel von den reinen und guten Verschönerungsmitteln zu kennen und kennen zu lernen, um dem Publikum heilsame Ratschläge erteilen zu können und dasselbe nicht der marktschreierischen Quacksalberei anheimfallen zu lassen.

Kosmetik ist von den ältesten Zeiten an bis zum heutigen Tage getrieben worden. Die Königin Kleopatra schrieb ein umfangreiches Buch über diesen Gegenstand. Aus dem 18. Jahrhundert datiert ein deutsches Buch, betitelt:

„Neu-vermehrte Haylsame Dreck-apothecke. Wie nemlich mit Koth und Urine Fast alle, ja auch die schwerste gifftigste Krankheiten und bezauberte Schäden vom Haupt zun Füßen in und äußerlich glüchlich curiret worden.“

Das 21. Kapitel dieses Buches handelt: *„Vom Schminchen.“*

Redner übersetzt einiges aus diesem allbekannten Buche und teilt dann seine eigenen Erfahrungen über den Gebrauch der Cosmetica mit. Man kann dieselben für gewöhnlich in zwei Klassen einteilen, in solche, welche reizend, und in solche, welche beruhigend und lindernd wirken. Zur Beseitigung von Sommersprossen oder Warzen wird man stärkere Mittel als zur Beseitigung einer einfachen Gesichtsröte verwenden. Für den Erfolg von Bedeutung ist eine richtige Applikation der Mittel. Redner oder sein Assistent pflegen den Patienten stets die Applikation von Salben, Pflastern etc. auf das Genaueste zu zeigen. Zur Beseitigung von Sommersprossen bedient sich Redner folgender Lösung:

℞ *Hydrargyr. bichlor. corros.*	0,5
Aq. destill.	180,0
Spirit. camphorat.	30,0
Aq. rosar.	20,0

Drei- bis vierfach gefaltete Leinwand wird mit der Lösung angefeuchtet und des Nachts auf die mit Sommersprossen bedeckten Stellen des Gesichts aufgelegt. Dies wird mehrere Nächte hintereinander, ohne abzuwaschen gethan, bis das Gesicht rot wird und die Epidermis sich in feinen Schuppen zu schälen beginnt. Sodann wird folgende Salbe appliciert:

℞ *Cetac.*	
Cer. alb.	āā 7,0
Ol. amygdal.	14,0
Praecipit. alb.	1,4
Acid. salicyl.	1,0

Die Salbe wird früh und abends mit einem reinen Finger für einige Minuten eingerieben.

Nach der Erfahrung des Redners genügt es, vier Nächte die Lösung und eine Woche die Salbe anzuwenden, um die Sommersprossen ohne Entstellung des Gesichtes zum Schwinden zu bringen. HEBRAsches Prinzeſswasser gebrauchte Redner, um Recidive zu verhindern und überhaupt im Sommer zum Schutze gegen Sommersprossen.

Im folgenden teilt M. seine Behandlung der Warzen, überflüssiger Haare etc. mit. Zur Beseitigung der letzteren hält er die einfache Epilation mit der Pincette für ebenso gut, vielleicht besser und weniger umständlich, als die Epilation vermittelst der Elektrolyse.

Diskussion.

HYDE-Chicago hat 50 Fälle von Akne mit täglichen kalten Waschungen des ganzen Körpers, event. unter Zusatz von etwas Salz zum Badewasser und mit nachfolgenden Abreibungen und Frottierungen vermittelst einer Bürste oder eines Frottierhandtuches erfolgreich behandelt.

Die Beseitigung von Pigmentationen im Gesichte halte er für ein zweifelhaftes Unternehmen, als einmal Recidive selten ausbleiben und zweitens das Gesicht die Frische verloren hat und zuweilen entstellter aussieht als vor der Behandlung.

Denslow-Los Angeles hat ebenso wie Morison von der Behandlung der Akne mit Elektricität gute Erfolge gesehen.

Crocker-London rät Cosmetica nur mit Vorsicht und nicht im Übermafs zu gebrauchen. Die Erfolge der Beseitigung von Pigmentationen sehe er mit skeptischem Auge an. Chloasmata bei einer Frau, welche auf Obstipatio alvi zurückzuführen waren, habe er mit innerlichen Mitteln (Tinctura nucis vomicae) geheilt.

Bei der Entfernung von überflüssigen Haaren habe er im Gegensatze zu Morison mit der Elektrolyse sehr gute, wenigstens bessere nachhaltige Erfolge erzielt, als mit anderen Methoden. Darin stimmt Redner überein mit

Stelwagon-Philadelphia. Derselbe will jedoch die Elektrolyse nur angewendet sehen, wenn die Zahl der zu entfernenden Haare nicht zu grofs ist. Redner teilt dann seine Erfahrungen bei der Behandlung der Akne mit.

Zeisler-Chicago stimmt im allgemeinen mit den Ausführungen Crockers und Stelwagons überein. Bei der Behandlung von Warzen, wenn dieselben in grofser Zahl vorhanden waren, habe er bessere Erfolge von den im Volke geläufigen Hausmitteln, wie Blutreinigungs- und Abführmitteln, als von der mechanischen Entfernung mit Messer, Schere, scharfem Löffel gesehen.

Bei der Behandlung der Akne habe er in den letzten Jahren neben der Applikation von äufseren Mitteln grofses Gewicht auf ein diätetisches und hygienisches Regime gelegt und seitdem bessere Erfolge als früher erzielt. Bei weiblichen Personen, die unregelmäfsig menstruierten, habe Ergotin innerlich die vorhandenen Aknepusteln günstig beeinflufst.

Hardaway-St. Louis war der erste Arzt, welcher die Elektrolyse zur Zerstörung von überflüssigen Haaren im Gesichte von Frauen angewendet hat und sie seit 18 Jahren ununterbrochen mit gutem Erfolge anwendet.

G. T. Jackson-New York, der 8000 gezählte Haare mit der Elektrolyse entfernt hat, hält diese Methode zwar nicht für einwandsfrei, aber doch für die beste unter anderen Methoden.

Morison schliefst die Diskussion mit wenigen Bemerkungen.

2. G. Thomas Jackson-New York: **Über einen Fall von Rhinoskleroma.** (Anderweitig referiert.)

Diskussion.

J. Zeisler freut sich, auch in Amerika einmal einen derartigen Fall zu sehen. Die Affektion scheine besonders häufig in Österreich und Polen vorzukommen. Er habe in Wien 3—4 Fälle gesehen, die allerdings typischer waren, als der von Jackson mitgeteilte.

Crocker hat in seiner Praxis keine Fälle in Behandlung gehabt. Einen Fall, den er in England gesehen habe, betraf einen Spanier.

3. William T. Corlett-Cleveland: **Über circumskriptes Skleroderma.** (Wird später referiert werden.)

Die Diskussion dreht sich zumeist um den Unterschied zwischen Morphoea und Skleroderma.

Crocker hat Mischfälle gesehen, welche als Morphoea begonnen und dann in diffuses Skleroderm übergegangen wären. Anatomisch beginne die Morphoea in den oberen Schichten der Cutis, während das Skleroderm in den tieferen, subkutanen Schichten seinen Anfang nehme.

Stelwagon hält beide Krankheiten für nahe verwandt und wahrscheinlich unter nervösen oder vasomotorischen Einflüssen stehend.

Hyde-Chicago hat mehrere Fälle gesehen, aber niemals dieselbe Wahrnehmung wie Crocker gemacht.

Zeisler hat bei der Behandlung eines Falles von Skleroderm sehr gute Erfolge mit Massage erzielt.

Hyde macht interessante Bemerkungen zur Prognose des Skleroderma. Wenn die Patienten in ein anderes geeignetes Klima und in hygienisch gute Verhältnisse gebracht werden, so bessere sich der Zustand häufig auch ohne Arsenik.

Crocker-London glaubt, die Prognose sei in den Fällen der festen und ödematösen Form der Sklerodermie schlechter als in den einfach harten, die zwar mit Ödem beginnen, aber die Neigung zeigen, in Atrophie und unvollkommene Heilung überzugehen.

Denslow teilt einen Fall der harten Form bei einem 45jährigen Geistlichen mit; ein allgemein hygienisch-diätetisches Regime, Salzbäder und Elektricität führten zur vollständigen Heilung.

4. W. A. Hardaway-St. Louis: **Über einen Fall von Hauttuberkulose, vortäuschend einen Lupus erythematosus.**

Die Affektion bei dem 28jährigen Pharmaceuten begann mit einem stecknadelkopfgrofsen, gelblichen Knötchen auf der linken Gesichtsseite in der Kaumuskelgegend. Nach und nach vergröfserte sich das Knötchen in der Peripherie und wurde hart und rot. Im weiteren Verlaufe zeigte sich die nunmehr zehncentstückgrofse Stelle im Zentrum atrophisch weifslich, während der Rand schwach infiltriert, von dunkelroter Farbe war. Die ganze afficierte Stelle war anästhetisch, eine Eigentümlichkeit, die bei Knotensyphiliden wahrgenommen worden ist. Thatsächlich wurde auch die Affektion des Patienten von einem Arzte für Syphilis angesehen und als solche unter schliefslicher Verschlimmerung des Zustandes behandelt.

Später traten an verschiedenen Stellen des Gesichts nahe dem Auge und der Nase, ferner in der Schläfengegend und auf dem Kopfe akneähnliche Pusteln auf. Die Läsionen verursachten weder Schmerzen noch Jucken. Jede dieser Läsionen war von einem roten Hof umgeben, der sich in der Folgezeit ausdehnte und infiltriert wurde, während das Zentrum mit Krusten bedeckt war. Wurden diese fettigen Krusten abgehoben, so zeigte sich die darunter befindliche Fläche dunkelrot nach Art eines Lupus erythematosus.

Allmählich wurde die ganze Nase von der Affektion, die stets eine grofse Tendenz zeigte, sich in der Peripherie auszubreiten, ergriffen. Während die Behandlung anfangs erfolglos war, wurden später die neu entstandenen akneähnlichen Knötchen mit Elektrolyse zerstört und auf diese Weise dem Umsichgreifen Einhalt gethan. Eine Reise nach Colorado brachte dem Patienten eine weitere Besserung seines schweren Zustandes. Ein excidiertes Hautstückchen wurde mikroskopisch untersucht. Über den mikroskopischen Befund berichtet

C. Heitzmann-New York. Es wurden Tuberkelbacillen in den Präparaten gefunden. Die Diagnose lautete: Lokale Hauttuberkulose.

In der Diskussion sprechen sich Crocker, Corlett, Hyde über den Zusammenhang und den differentiell-diagnostischen Unterschied zwischen Hauttuberkulose und Lupus erythematosus aus.

Crocker glaubt, dafs die Anwesenheit von Tuberkelbacillen einen Lupus erythematosus ausschliefse. Auffallend sei allerdings in dem vorliegenden Falle das Auftreten der Affektion auf dem Kopfe, was bei Lupus vulgaris aufserordentlich selten, bei Lupus erythematosus dagegen ganz gewöhnlich.

HARDAWAY bemerkt, die Diskussion schliefsend, dafs LELOIR ähnliche Fälle, wie der seinige sei, mit „Lupus vulgaris erythematoides“ bezeichnet habe. Es sei wahrscheinlich — an Beispielen fehle es nicht —, dafs das Initialstadium der Hautaffektion tuberkulös sei, im Ausgange aber die Krankheit das klinische Bild des Lupus erythematosus darbiete. (Schlufs folgt.)

C. Berliner-Aachen.

Besprechungen.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. I. Heft 3. 1894.

I. **Über Impetigo herpetiformis,** von JOHANNES BREIER-Berlin. Schon FERDINAND v. HEBRA hat im Jahre 1872 unter den Hautkrankheiten, welche in einer gewissen Beziehung zur Gravidität, zum Puerperium und zu Uterinalkrankheiten stehen, die Impetigo herpetiformis erwähnt. Die fünf von HEBRA publicierten Fälle betrafen Schwangere und Wöchnerinnen und verliefen sämtlich letal. Die vorgenommenen Sektionen liefsen eine sichere Ursache des Todes nicht erkennen. Seit HEBRAS Publikation sind in der Litteratur zahlreiche Fälle, die einen ähnlichen Symptomenkomplex, wie die Impetigo herpetiformis zeigen, unter verschiedenen Namen beschrieben worden. Dieselben sind in einer von DU MESNIL und MARX verfafsten Abhandlung (vgl. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889) kritisch gesichtet. Bezüglich der Symptome, der Ätiologie, der Klassifikation der Impetigo herpetiformis herrschte unter den Autoren nach HEBRA Unklarheit und eine völlige Meinungsverschiedenheit, bis KAPOSI in einem längeren Aufsatz (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1887) entschieden für die Erhaltung des von HEBRA definierten Krankheitsbildes eintrat. Als Haupteigenschaften der Affektion kennzeichnet KAPOSI:

1. miliare, primär als solche auftauchende, oberflächliche, d. i. Epidermoidalpustelchen;

2. derartige Pusteln bilden sich während der ganzen Dauer der Krankheit und an jeder Eruptionsstelle in der gleichen Form beständig neu;

3. sie sind immer in Gruppen oder Haufen angeordnet;

4. dieselben Efflorescenzen erscheinen in Nachschüben an der Randpartie eines älteren konfluierenden oder verkrustenden oder sich ablösenden Herdes in ein- und mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis, während im Zentrum sofort oder nach kurzem Stadium des Nässens Überhäutung stattfindet und niemals Ulceration und Narbenbildung.

In der Wiener Klinik wurden seit der Abhandlung von HEBRA weitere 7 Fälle von Impetigo herpetiformis bei Frauen beobachtet, die ebenso wie die früheren sich ausschliefslich in der Gravidität oder im Puerperium befanden. Auch bei ihnen zeigte sich das begleitende, durch Schüttelfröste markierte Fieber, dann die Lokalisation an gewissen Prädilektionsstellen, wie Innenfläche der Oberschenkel, Mammae und Mundschleimhaut und endlich — nur einen Fall ausgenommen — der konstant letale Verlauf beim ersten Ausbruch oder bei Recidiven der Affektion. Abweichungen von den typischen Charakteren derselben kommen vor, wie KAPOSI in einem Falle mitteilt, der nicht eine Gravide oder eine Wöchnerin, sondern einen 20jährigen Tagelöhner betraf. Das charakteristische Symptomenbild, die vom Anbeginn bis zum Lebensende stetig und unter Fieberparoxysmen „sich wiederholende Eruption von circinuär fort-

schreitenden Plaques miliarer Pustelchen auf entzündeter Basis" stimmte mit der Impetigo herpetiformis schwangerer und puerperer Frauen überein. Kaposi und Neumann glauben, dafs es sich bei der Affektion um einen pyämischen Prozefs handle. Auch Dubreuilh veröffentlicht einen Fall bei einem Manne (*Annal. de derm. et de syph.* 1892).

Für die Selbständigkeit der Impetigo herpetiformis Hebra trat auch Brocq (in seinem *Trait. des mal. de la peau*) energisch ein. Mit der Impetigo herpetiformis sei der Herpes gestationis nicht zu identificieren, der an den Extremitäten, namentlich an den Armen beginne, sich durch unerträgliches Jucken ankündige, ein polymorpher Ausschlag sei, den übrigen Organismus nicht in Mitleidenschaft ziehe und stets günstig verlaufe. Schliefslich gab auch Duhring, der die Impetigo herpetiformis Hebra nur als eine Variante seiner Dermatitis herpetiformis ansah, auf Grund der klaren, bestimmten Beschreibung Kaposis und späterer eigener Erfahrungen zu, dafs es sich bei der Hebraschen Krankheit wohl um einen besonderen Prozefs handle.

Was die Ätiologie betrifft, so vertreten Hebra und andere Autoren den Standpunkt, dafs die Impetigo herpetiformis durch eine Erkrankung im Genitalapparat des Weibes veranlafst werde, während du Mesnil und Marx vielmehr eine Erkrankung des Nervensystems als Ursache annehmen und diese Ansicht durch die ausführliche Beschreibung eines prägnanten Falles bekräftigen.

Die mikroskopische Untersuchung excidierter Pusteln ergab im Bereiche des erythematösen Grundes eine starke, zellige Infiltration des Papillarkörpers und der oberflächlichsten Schichten der Cutis: die Papillen sind verbreitert und erscheinen gequollen; die interpapillären Epithelzapfen sind enorm in die Tiefe gewuchert. In den tieferen Schichten der Cutis, welche sich von der Infiltrationszone der oberen Schichten scharf absetzt, findet sich eine stark ausgesprochene Gefäfserweiterung. Neben dieser ist eine erhebliche Dilatation der mit Endothel ausgekleideten Lymphgefäfse sowohl wie der Lymphspalten wahrnehmbar. Der Pustelinhalt besteht aus Rundzellen und wenig Epithelien. Die Untersuchung der Efflorescenzen auf Mikroorganismen ergab Kokken und Diplokokken. Impfversuche ergaben ein negatives Resultat. Deshalb will jedoch du Mesnil die Infektiosität der Affektion nicht ausschliefsen, zumal in dem von ihm beschriebenen Falle das von der Patientin zur Welt gebrachte Kind ebenfalls die Anzeichen des Leidens in isoliert stehenden Blasen und Bläschen auf dem Körper zeigte.

Verfasser beschreibt im Folgenden sehr ausführlich einen letal verlaufenen Fall aus der Gusserowschen Klinik, der eine Schwangere betraf und ein Beispiel dafür lieferte, dafs vornehmlich die letzten Stadien der Gravidität eine auffallende Prädisposition für die Impetigo herpetiformis zu besitzen scheinen.

Die Sektion ergab: Impetigo herpetiformis. Bronchopneumonia duplex. Oedema pulmonum. Nephritis parenchymatosa. Myocarditis parenchymatosa. Tumor lienis. Gastritis catarrhalis.

Verfasser glaubt auf Grund dieses und des von du Mesnil veröffentlichten Falles, die beide nicht miliare, sondern stecknadelkopf- bis linsengrofse Pusteln zeigten, dafs Kaposis Definition, wie auch Duhring hervorhob, nicht genügend sei, und dafs der Begriff der Impetigo herpetiformis weiter zu fassen sei. Die Ätiologie vermochte auch Verfasser nicht klarzustellen.

II. **Über Lungensyphilis**, von C. Schirren - Kiel. Schon die älteren Autoren, wie Nicolaus Massa, Peter Pinctor, Paracelsus, Ambrosius Paré, Morgagni beschreiben Erkrankungen der Lungen an Syphilis. Aber erst die vorzüglichen Darstellungen der pathologisch-anatomischen wie der histologischen Befunde bei Erkrankungsformen der Lungen durch E. Wagner, Bärensprung, Fournier, Köbner,

Virchow u. a. haben der Lungensyphilis als existenzberechtigte Krankheit allgemeine Geltung verschafft.

Eine recht erschöpfende Litteraturangabe über Lungensyphilis findet man bei Pancritius, *Über Lungensyphilis*. Berlin 1881.

Schwierig bis zum heutigen Tage ist wegen der wenig charakteristischen Lungensymptome die Diagnose der Lungensyphilis geblieben.

Verfasser liefert in der ausführlichen Beschreibung eines Falles bei einer 20jährigen, hereditär nicht belasteten, früher stets gesunden Frau einen Beitrag zur Erleichterung der Diagnose und faſst das Wesentlichste seiner Mitteilung in folgenden Schluſssätzen zusammen:

1. Die Lungensyphilis kann als Sekundärerscheinung auftreten.
2. Die Lungensyphilis kann ohne andere syphilitische Erscheinungen als eigene Krankheit bestehen.
3. Die Symptome der Lungensyphilis sind keine für die Syphilis charakteristischen.
4. Die Diagnose der Lungensyphilis ergiebt sich aus dem Nachweise des Fehlens von Tuberkelbacillen, aus der Anamnese, event. dem gleichzeitigen Vorhandensein anderer syphilitischer Erscheinungen, endlich aus dem Erfolge der spezifischen Behandlung.

III. **Die Syphilis unter den Urvölkern Amerikas mit besonderer Bezugnahme auf ihr Bestehen daselbst vor der Entdeckung Amerikas durch Columbus**, von L. Wolff-Philadelphia. Als Belege, welche die Frage des Bestehens der Syphilis unter den Urvölkern Amerikas pro oder contra entscheiden könnten, sind anzusehen:

1. Historische, sowohl solche, die hauptsächlich auf die Antiquität dieser Krankheit referieren, wie auch solche, die aus den Sprachen, Traditionen und Künsten geschöpft werden können.
2. Pathologische, die von den Überresten der defunkten Rassen direkt gezogen werden können.

Columbus selbst macht keine Andeutungen über eine epidemische oder endemische Krankheit wie Syphilis bis zu seiner dritten Reise, obwohl er sonst die Krankheiten und Beschwerden, von denen er oder seine Mannschaft zu leiden hatte, auf das genaueste registriert und beschreibt. Bei seiner Rückkehr nach Neu-Spanien im Jahre 1498 fand er, daſs viele der Kolonisten mit „Mal français" behaftet waren.

Der Erste, der annahm, daſs die Syphilis seit langer Zeit unter den Indianern herrschte, war Leonhard Schmaus. Derselbe schrieb 1518 ein Werk über das Lignum Guajaci in der Behandlung der Syphilis und deducierte daraus, daſs, indem die Indianer das Guajakholz gebrauchten, sie folgerichtig die Krankheit kennen muſsten, in welcher dasselbe hauptsächlich angewandt wurde.

Eine weitere sehr ins Gewicht fallende Autorität in dieser Beziehung ist Criedo, der seit 1513 in den Goldminen der neuen Welt interessiert war. Er schrieb 1525, daſs das „Mal français" in den Inseln von Westindien entstand, wo es seit undenklichen Zeiten existiert habe, daſs es dort von den Indianern mittelst Guajakholz kuriert worden, und daſs diese Krankheit durch die Mannschaft der Flotte des Columbus bei ihrer Rückkehr nach Spanien dorthin verschleppt worden sei.

In derselben Weise schrieb der Bischof Las Casas, der schon sechs Jahre nach der Entdeckung nach San Domingo kam und Seelsorger der Indianer wurde. Er hatte wiederholentlich die Indianer eingehend befragt, die immer aussagten, daſs die Krankheit schon lange vor der Ankunft des Columbus bei ihnen herrschte. Las Casas betont ferner, daſs das Lignum Guajaci als Heilmittel von den Indianern gebraucht, und daſs beinahe alle Spanier die Syphilis acquirierten.

Auch in den Sprachen und Traditionen der Indianer, namentlich der Tolteken und Azteken, finden sich nach dem Berichte von G. Bruhl schwerwiegende Beweise für das Bestehen der Syphilis unter ihnen.

Die wichtigsten und zugleich interessantesten Belege sind die Nachweise der Syphilis in den Knochen der Urvölker. In dieser Beziehung macht Prof. Jones über die Untersuchungen der „Mounds" Grabstätten in dem Thale des Mississippi und der in denselben einmündenden Flüsse die interessante Mitteilung, dafs die Knochen, die er daselbst den Steinsärgen und Begräbnishügeln der längst verschollenen Völker in Nashville, Franklin, Old Town und bei Hickman in Kentucky entnommen und vorsichtig untersucht hatte, ohne Zweifel Merkmale von syphilitischen Läsionen zeigten.

Auch J. N. Hyde-Chicago hat bei der Untersuchung der Knochen von Indianern aus einem altertümlichen „Indian Mound" in Colorado ähnliche Befunde erhalten. Auf Grund dieser und noch anderer Belege, die in der vorliegenden Arbeit Erwähnung fanden, glaubt Verfasser, dafs zwar die positiven Beweise noch fehlten, dafs aber die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit eines amerikanischen Ursprunges der ersten Invasion von epidemischer Syphilis kaum geleugnet werden können.

IV. **Über Syphilis des äufseren Ohres**, von Paul Frey-Berlin. Zum „äufseren Ohr" zählt Verfasser diejenigen Teile, welche mit Haut überzogen sind. Es kommen also in der vorliegenden Abhandlung die Ohrmuschel, der äufsere Gehörgang, das Trommelfell und die Pars mastoidea in Betracht. Über die Häufigkeit des Auftretens der Syphilis an diesen Teilen hat Knapp eine wertvolle Statistik aufgestellt, welcher ein aufserordentlich grofses Material zu Grunde gelegt ist. K. teilt mit, dafs er von 28181 Fällen, welche er in etwa 12 Jahren in der New Yorker Klinik für Augen- und Ohrenkrankheiten beobachtete, die Syphilis am Gehörorgan nur 21 mal, darunter 10 mal am äufseren Ohr gefunden habe.

Von syphilitischen Affektionen sind an den verschiedenen Teilen des äufseren Ohres beobachtet worden: Schanker, Roseolen, Maculae, Papeln, Kondylome, Gummata, Ulcera und Exostosen. Verfasser bespricht unter steter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur im folgenden kurz die einzelnen Formen und schliefst daran die Krankengeschichten von vier bisher noch nicht veröffentlichten Fällen aus Dr. Saalfelds Poliklinik für Hautkrankheiten.

V. **Der Aussatz in Aegypten zu Moses Zeiten.** Vortrag, gehalten in der ärztlichen Gesellschaft zu Kiew am 28. November 1893, von G. N. Münch-Kiew. Der scharfsinnige Forscher gelangt auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen und Quellenstudien zu der Ansicht, dafs die „Zaraath" der Bibel nicht die Lepra, sondern der „weifse Baras" der alten Araber sei. Derselbe ist nach der Beschreibung eines Arabers El Jounsy (übersetzt von Dr. Perron) nichts anderes als „une décoloration de la peau, c'est le véritable vitiligo blanc, maladie dermatique, extrèmment fréquente en Egypte, surtout chez les personnes d'un certain âge".

„Weder in der Bibel," so resumiert der Redner seine Ausführungen, „noch in den Papyrus von Brugsch und Ebers, noch ferner in den Angaben historischer Schriftsteller können wir im alten Egypten die geringsten Anzeichen oder nur Andeutungen der Existenz des Aussatzes, einer Krankheit, die immer und überall früher als alle anderen Krankheiten durch ihre ekelhafte Mifsgestaltung der körperlichen Formen sich bemerkbar machte, indem sie allgemein Schrecken und Widerwillen hervorrief, antreffen." (Vgl. im übrigen das Referat über „Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel" von demselben Verfasser in *dieser Zeitschrift* 1893. Bd. XVII. No. 12. S. 622.)

VI. **Kasuistische Mitteilungen**, von E. Feibes-Aachen. Fall 1. Dermatitis papillomaformis circumscripta capillitii.

Der Patient ist 28 Jahre alt, infizierte sich vor 1½ Jahren syphilitisch. Gegenwärtig ist von manifesten syphilitischen Symptomen nichts mehr zu konstatieren. An der Oberlippe und am weichen Gaumen sieht man Narben. Die Affektion auf dem Kopfe besteht seit etwa 8 Monaten und ist charakterisiert durch pfennig- bis markstückgroße, scharf umschriebene, etwa 1½ cm über die Hautoberfläche erhabene, dunkelrot gefärbte, zerklüftete Exkrescenzen, die ein übelriechendes, nicht eiteriges Sekret absondern. Die die Knoten umgebende Haut erscheint völlig normal. Die Knoten fühlen sich weich an, sind sehr blutreich, auf Druck nicht sehr schmerzhaft.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose des Falles und gelangt unter Ausschluß von Syphilis, Sykosis, Dermatitis papillaris capillitii, Framboesia und eines Jod- oder Bromausschlages zur Annahme, daß es sich hier um eine noch nicht beschriebene Hautentzündung papillomatösen Charakters handle, der die obige Bezeichnung am besten entspreche. Für die Ätiologie konnten keine bestimmten Momente gefunden werden. Verfasser glaubt, daß wohl eine Infektion vorliegen könnte. Die Untersuchung von kleinen Gewebsfetzchen hat jedoch für diese Annahme keine sicheren Anhaltspunkte ergeben.

Während eine lange Zeit fortgesetzte antiluetische Kur erfolglos blieb, wurde durch wiederholtes gründliches Touchieren der Excrescenzen mit Acid. carbol. liquef. und darauffolgende Applikation von Unnaschem Zinkleim die Heilung erzielt.

Fall 2. Über eine eigentümliche Art und Anordnung eines Jodexanthems bei einem halbseitig Gelähmten.

Der 32jährige Patient infizierte sich vor 12 Jahren syphilitisch. Seit 4 Jahren ist seine linke Körperhälfte gelähmt. Während einer Jodkur wurde die gelähmte Seite sehr stark, die gesunde nur in sehr geringem Maße von einer Jodakne befallen. Als der Jodgebrauch trotzdem weiter fortgesetzt wurde, zeigten sich auf dem Arme der gelähmten Seite zwei, auf dem Bein drei tiefgreifende, 5markstückgroße, auf Druck schmerzhafte, mit Blasen bedeckte Infiltrate von rötlicher Farbe. Dieselben verschwanden nach Aussetzen des Jodkaliums. Der Patient erhielt hierauf Jodnatrium, und nach Verbrauch von 18 g traten wiederum, diesmal ausschließlich auf der gelähmten Seite, zahlreiche Akneknötchen auf, die rasch vereiterten. Der Jodgebrauch wurde nunmehr vollständig eingestellt. Jodoformpillen, die der Patient erhielt, wurden gut vertragen.

VII. **Ein Fall von Baelzscher Krankheit**, von T. Broes van Dort-Rotterdam. Mit Baelzscher Krankheit hat Unna im Jahre 1890 (*Diese Zeitschrift.* Bd. XI. No. 7) eine Ulceration der Lippen- resp. Mundschleimdrüsen bezeichnet, auf die er von Prof. Baelz in Tokio aufmerksam gemacht wurde.

Verfasser beschreibt unter Rekapitulierung des Unnaschen Falles in extenso und unter Berücksichtigung analoger Fälle aus der Litteratur einen Fall aus der eigenen Praxis. Derselbe betrifft eine 30jährige verheiratete Person, welche seit zwei Monaten an einem Lippengeschwüre litt. Die Affektion begann mit einer kleinen, ziemlich dicken, nicht schmerzhaften Papel, die nach einigen Tagen anfing zu ulcerieren und langsam an Ausdehnung und Tiefe zunahm. Das Ulcus war lokalisiert in der Mitte der linken Oberlippenhälfte, in der Schleimhaut. Die Form war oval, die Ränder waren rot, wenig geschwollen, scharf abgeschnitten, stellenweise mit Krusten belegt, regelmäßig und nicht zackig. Der Geschwürsboden war mit einer gelben, ziemlich festhaftenden Substanz bedeckt. Auf der Lippenschleimhaut, in der unmittelbaren Nähe des Geschwürs befanden sich festhaftende, trockene, weiß-gelbe Schuppen. Schmerz, auch auf Druck fehlte vollständig. Die Umgebung der Ulceration war infiltriert. Die Oberlippe war in ihrer linken Hälfte angeschwollen und ein wenig ektropioniert. Die Lymphdrüsen in der Kiefergegend waren nicht geschwollen. Wohl

aber bestand beiderseits eine Tonsillitis, von der Patientin wiederholentlich befallen wurde. Die Anamnese ergiebt nichts, das auf tuberkulöse Belastung oder auf acquirierte oder kongenitale Lues schliefsen läfst. Und so gelangt Verfasser, indem er die Differentialdiagnose eingehend bespricht, zur Annahme, dafs es sich hier um die Baelzsche Krankheit handle.

Therapeutisch hat er, ebenso wie BAELZ und UNNA, mit Jodtinktur die besten Erfolge erzielt.

VIII. **Erythema striatum,** von W. PETERS-Berlin. Bei einer Patientin, die wegen Syphilis und gleichzeitig acquirierter Scabies in Prof. LASSARS Klinik in Behandlung war, zeigten sich eines Tages plötzlich ohne besondere Veranlassung symmetrisch an beiden Unterschenkeln streifenförmige, mit dünner Borke bedeckte Striemen, welche den Eindruck machten, als wenn die Patientin sich gekratzt oder einen Schlag erhalten hätte, der zu einer Exsudation und späterem Eintrocknen des ausgetretenen Exsudats geführt habe. Nach den Angaben der Patientin war zuerst unter leichtem Brennen ein rötlicher Streifen spontan aufgetreten, der sich nach wenigen Tagen mit Borken bedeckt habe.

Verfasser beschreibt im Folgenden mehrere analoge Fälle.

Die Affektion trifft jugendliche, meist weibliche, in der Entwickelung zurückgebliebene Individuen. Unter mäfsigen Fiebererscheinungen, Abgeschlagenheit, Übelbefinden, Schmerzen in den Gelenken entwickeln sich jedesmal wie mit dem Lineal gezogene strichförmige Rötungen, die mehr oder weniger intensives Brennen verursachen. Die erwähnten Störungen des Allgemeinbefindens sind jedoch nicht regelmäfsig vorhanden. Die Eruptionen beschränken sich zumeist auf die Streckseiten der Hände und Füfse, auf die Arme und das Gesicht. Wenige Stunden nach dem Ausbruche der strichförmigeu Rötungen beginnen dieselben zu nässen, sodann sich mit krustigen Borken zu bedecken. Nach wenigen Tagen fallen dieselben und hinterlassen ohne Narbenbildung die heile, etwas schwach rötlich braun pigmentierte Haut. Es treten jedoch an denselben Stellen oder an anderen in den nächsten Wochen Nachschübe auf. Erst nach 8—10 Wochen ist der Gesamtanfall überwunden. Allerdings besteht grofse Neigung zu Recidiven, die namentlich gern in den Frühjahrs- und Herbstmonaten auftreten.

Im allgemeinen entsprechen die beschriebenen Symptome der Affektion denen eines Erythema exsudativum multiforme, nur ist bei diesem Nässen und Krustenauflagerung selten, während es bei dem streifenförmigen Erythem die Regel bildet.

Verfasser glaubt, dafs die von ihm beschriebene Affektion nicht als neues Krankheitsbild, sondern als die streifenförmige Form des Erythema multiforme anzusehen sei, welche nach dem Beispiel des Erythema annulare, papulatum, bullosum etc. wegen des strichförmigen Auftretens der Efflorescenzen Erythema striatum benannt werden könnte.

Unter welchen Verhältnissen ein Erythem diesen Charakter annimmt, vermag Verfasser nicht bestimmt zu sagen. Es liefs sich nur konstatieren, dafs der Verlauf des Erythema der Richtung der gröfseren Lymphwege entsprach.

IX. **Fremdkörper in der Harnröhre,** von H. GOLDENBERG-New York. Der Patient ist ein Knabe, welcher dem Verfasser unter schweren Erscheinungen, Schmerzen in der Darmgegend, grofsen Schmerzen beim Urinieren, intensivem Harndrange zugeführt wird. Bei der Besichtigung fällt sofort die trommelartig aufgetriebene, bis zum Nabel reichende Blase in die Augen. Die Untersuchung der Harnröhre ergiebt einen Fremdkörper, welcher etwa einen Zoll hinter dem Meatus eingekeilt war. Derselbe wurde nach Erweiterung des Meatus herausbefördert. Es war nicht ein Stein, wie vermutet wurde, sondern ein Dattelkern. Da der Knabe mit Bestimmtheit

angab, sich den Kern nicht von aufsen eingeführt zu haben, da auch bei dem engen Meatus selbst gewaltsames Hineinpressen des Kernes unmöglich schien, so blieb nur übrig, anzunehmen, dafs der Fremdkörper von der Blase aus mit dem Urin in die Harnröhre befördert worden war. In die Blase mufste der Dattelkern vom Blinddarm aus perforiert sein. Einzelne anamnestische Angaben sprachen für eine solche Annahme, doch konnte dieselbe durch eine lokale Untersuchung, welche seitens der Angehörigen des Patienten verweigert wurde, nicht bestätigt werden.

An demselben Tage — ein Beispiel von der Duplicität der Fälle — entfernte Verfasser einem 25jährigen Manne einen ziemlich grofsen Stein aus der Harnröhre.

X. **Fremdkörper in der Blase,** von Martin Friedländer. Verfasser demonstriert in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 24. Januar 1894 einen Wachsstock, der der Blase eines jungen Mannes entstammte. Derselbe masturbierte seit zwei Jahren und führte hierbei zuerst eine Stricknadel, später einen Wachsstock in die Harnröhre ein. Das Instrument entglitt jedoch eines Tages seinen Händen und schlüpfte in die Blase, aus welcher es der Verfasser mit einem Lithotriptor entfernte.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Heft 1. Januar 1894.

I. **Erythema elevatum diutinum,** von H. R. Crocker und C. Williams-London. — Der Fall betrifft ein 6jähriges Mädchen, das von mütterlicher Seite her mit Gicht und Rheumatismus belastet ist, jedoch bis zum Beginn der Affektion vor ca. 5 Monaten stets gesund war. Aufser an Masern hatte es in der Kindheit an keiner ernsteren Krankheit gelitten.

Die Hautkrankheit begann gleichzeitig an beiden Knien; sodann entwickelte sie sich am Gesäfs, an den Ellenbogen und schliefslich vor zwei Monaten an den Händen. Die Lokalisation wird ausführlich angegeben. Eine Abbildung, welche der Arbeit beiliegt, zeigt die Affektion auf der linken Hand. Es ist die ganze Volarfläche des Mittelfingers, der ersten und zweiten Phalanx des Zeigefingers und die Haut in der Umgebung des Daumengelenks, zum gröfseren Teile auch die Dorsalseite des Daumens von der Affektion ergriffen. Von der Dorsalfläche des Zeigefingers ist die Radialseite, von der des Mittelfingers die Gegend hinter dem Nagel befallen. An den erwähnten Stellen sieht man auf der Palmarseite mehr diffuse Erhabenheiten, die scharf begrenzt von dunkelroter Farbe sind und sich an der Oberfläche zart anfühlen. Auf der Dorsalseite ist der knotige Charakter der Affektion mehr ausgesprochen. Nur auf Druck sind die befallenen Stellen ein wenig schmerzhaft.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist sehr gut.

Unter der Behandlung mit Arsenik beginnt die Affektion sich zu bessern. Die Besserung schreitet, nachdem zum Zwecke der histologischen Untersuchung, in Chloroformnarkose ein Hautstückchen excidiert, auffallenderweise noch schneller voran.

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung wird in einem zweiten Teile der Arbeit mitgeteilt werden.

Vergleichshalber wird die Litteratur herangezogen und ein analoger Fall von Indson Bury, der in den *Illustrated Medical News,* 23. Februar 1889 beschrieben ist, in extenso mitgeteilt.

II. **Acne,** von W. Allan Jamieson - Edinburg. — Der Verfasser erörtert das Thema nach allen Richtungen, definiert die Krankheit, unterscheidet die Acne vulgaris von der Acne rosacea, bespricht die pathologische Anatomie, die Lokalisation, die Ätiologie, namentlich den Einflufs des Alters, des Geschlechts, des Klimas, der Hitze und Kälte, der Lebensweise auf das Entstehen der Acne vulgaris und der Acne

rosacea. Komedonen sind vielfach die Begleiter der Acne, aber sie sind nicht die conditio sine qua non der Affektion.

Die Therapie findet eine eingehende Besprechung. Der Verfasser hat mit Schwefel in Lösungen bessere Resultate erzielt als mit Schwefelsalben und Schwefelpasten. Gute Dienste leisteten überfettete Schwefelseifen, Schwefelresorcinseifen nach EICHHOFF, ferner empfiehlt Verfasser die Behandlung mit Salicylkreosotpflaster (15 : 30 oder 20 : 40) zweimal täglich appliciert. Bei Eintritt von Schmerzhaftigkeit ist das Salicylkreosotpflaster durch Zinkichthyolsalbenmull zu ersetzen. Die Behandlung ist ähnlich der des Lupus vulgaris mit Salicylkreosotpflaster. Einzelne Knötchen können mit Quecksilberkarbolpflaster belegt oder mit reiner Karbolsäure betupft, dann mit Collodium elasticum bepinselt werden. Auch Schälkuren mit Resorcinpaste sind von gutem Erfolge.

Neben der lokalen Therapie mufs die Allgemeinbehandlung berücksichtigt werden. Auf eine gute Verdauung, auf regelmäfsige Entleerungen ist sehr zu achten, event. ist denselben durch Medikamente, Bitterwässer nachzuhelfen.

III. **Pariser Briefe**, von L. WICKHAM. — Die Behandlung der Syphilis maligna praecox.

Unter Syphilis maligna praecox versteht FOURNIER das Auftreten schwerer tertiärer Symptome in den ersten Jahren des sekundären Stadiums. FOURNIER stellt statistische Betrachtungen an. Von 202 tertiären Symptomen des ersten Jahres der Syphilis gehörten 84 der Haut, 69 dem Nervensystem, 6 dem weichen Gaumen an. Die übrigbleibenden 37 verteilten sich auf die Augen, Muskeln, Knochen, Nieren und andere Organe.

Die tertiären Hautsymptome des ersten Jahres der Syphilis haben nach FOURNIERS Beobachtungen einen eigenartigen Charakter. Die Läsionen zeigen eine grofse Tendenz zu rapider Ulceration und Ausdehnung. Sie treten in grofser Zahl auf, sind über den ganzen Körper zerstreut. Sie fallen schnell einer tiefen, ausgesprochenen Nekrose anheim. Sie widerstehen hartnäckig der spezifischen Behandlung. Daneben ist das Allgemeinbefinden ein sehr schlechtes. Schliefslich existiert noch eine „forme siderante“, eine blitzartige Form, die die Patienten in wenigen Wochen zum Tode führt.

Die lokale Behandlung solcher Fälle besteht zunächst in Beseitigung von Eiter, Schuppen und Krusten von den Wundflächen, in Borsäurewaschungen und Bädern, überhaupt in strenger Antisepsis. Die Wundflächen können auch mit Borvaselin und Borsäurekompressen und Emplastrum de Vigo bedeckt werden. Daneben mufs das Allgemeinbefinden beachtet, event. bei Prostration, Anämie Roborantien, Tonica verordnet werden. FOURNIER verschreibt:

℞ *Extr. Chin.*	3,0—6,0
Syrup. cortic. aurant.	60,0

zwei- bis dreimal täglich einzunehmen oder Jodo-Tannin-Syrup, zwei bis drei Efslöffel täglich.

Die Nahrung mufs streng reguliert werden. Als Getränk ist Milch sehr empfehlenswert. Der Urin ist stets zu überwachen. Fieber und Schlaflosigkeit sind zu bekämpfen. Jodkalium sollte nicht gegeben werden. Schon unter der erwähnten Behandlung bessert sich, wenn auch langsam, das Befinden der Patienten. Die Ulcerationen heilten zuweilen ohne jede andere Behandlung in ein bis zwei Wochen ab.

Die Behandlung mit Merkur kann beginnen, wenn eine wesentliche Besserung in dem Allgemeinzustande des Patienten eingetreten ist. Sind die Läsionen zahlreich, so bestehe die Merkurialbehandlung nur im Bedecken der Ulcerationen mit Em-

plastrum de Vigo. Natürlich ist dann der Urin, das Zahnfleisch, die Mund- und Rachenschleimhaut wohl zu beachten. Wenn sonst keine Komplikationen aufgetreten und die Patienten sich stark genug fühlen, kann man Protojoduretpillen innerlich geben. ℞ *Protojodureti hydrargyr.* 5,0

Extract. opii 1,0

Mf. pilul. No. 100.

Die Pillen müssen frisch und weich sein.

Die Behandlung eines Falles von Angiokeratoma. Die Affektion bestand seit ca. 6 Monaten; befallen waren beide Hände von etwa hundert telangiektatischen Punkten, deren einige sehr klein, andere etwas gröfser waren. Nur fünf oder sechs Efflorescenzen waren erhaben und zeigten eine warzige Beschaffenheit. Verfasser behandelte den Ausschlag mit der Elektrolyse. Die Batterie bestand aus 24 Elementen. Der Apparat wurde auf 5—7 Milliampères gestellt. Die Nadel am negativen Pol wurde in die telangiektatischen Punkte eingeführt. Augenblicklich verschwand die rote Farbe. In drei Sitzungen waren unter der Elektrolyse nahezu alle Flecke verschwunden. Diese Besserung hielt auch noch drei Monate nach Beendigung der Behandlung an.

Über die Behandlung des chronischen torpiden Ekzems der Handteller und der Fufssohlen. Vielfach wird bei derartigen Fällen durch Irritamente zuerst eine Inflammation hervorgerufen, und diese dann durch Emollientia wieder beruhigt. Dieses Verfahren wird dann bis zur völligen Heilung mehrere Male wiederholt. Verfasser hatte jüngst einige Patienten in Behandlung die sich unter der Applikation von Emplastrum de Vigo besser befanden, als durch andere energisch wirkende Substanzen. Das Pflaster mufs appliciert werden, wenn die Epidermis geschmeidig, zart geworden ist. Es sollen nur die afficierten Stellen mit dem Pflaster belegt werden. Die Wirkung desselben mufs täglich überwacht, und sobald ein Reizzustand der Haut in der Peripherie sich bemerkbar macht, mufs das Pflaster beiseite gesetzt werden. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Dr. Brown-Séquards **Hodenextrakt.** (*Dtsch.-Amerik. Apothekerztg.* 1893. No. 6.) Über die Gewinnung des animalischen Extraktes, welchem ganz wunderbare physiologische Wirkungen zugeschrieben werden, läfst Brown-Séquard folgendes verlauten: Hodensäcke frisch geschlachteter Stiere, denen man sofort nach dem Fällen die Samenstränge unterbunden hat, werden direkt vom Schlachthause in das Laboratorium gebracht und hier mittelst Scheren, welche durch Glühen sterilisiert waren, aufgeschnitten. Die Hoden werden herausgenommen, von den sie umhüllenden Membranen befreit und zuerst in der Van Swietenschen Flüssigkeit, dann in frisch aufgekochtem Wasser abgewaschen. Dann wird jeder Hoden in 4 bis 5 Scheiben geschnitten, die in ein Glasgefäfs gebracht werden, in dem sich für jedes Kilogramm Testikeln 1 l Glycerin von 30° befindet. Nach Verlauf von 24 Stunden werden 500 ccm frisch gekochten Wassers mit Zusatz von 25,0 Kochsalz zugemischt. Die nun rosenrote Flüssigkeit wird bei 40° C. durch Papier filtriert. Zur vollkommenen Klärung und hauptsächlich behufs absoluter Sterilisation wird der Extrakt unter Kohlensäure

und mit einem Drucke von 60 Atmosphären durch einen D'ARSONVALschen Filter getrieben. *A. Strauſs-Barmen.*

Klinische Beobachtungen über Europhen, von W. S. GOTTHEIL. (*Med. Record* 17. Dez. 1892.) Bei den Geschwüren der tertiären Syphilis, ferner bei Pityriasis versicolor, Tinea circinata, chronischem Ekzem und bei Psoriasis gab das Mittel gute Resultate. Anwendungsweise teils als Salbe (1—2 : 30), teils als Streupulver. Verfasser empfiehlt das Europhen als vorzügliches Ersatzmitel für Jodoform. *Philippi-Nieheim.*

Über Hydrargyrum gallicum, von BROUSSE und GAY. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 471.) Das Hydrargyrum gallicum, das sich die Verfasser aus Acid. gallic. cryst. und Hydrarg. oxyd. flav. selber herstellten und das ein dunkelgraues Pulver bildet, hat sich ihnen bei leichteren und schwereren Formen von Syphilis sehr bewährt. Sie gaben davon 2 bis 4 Pillen zu je 0,05 Hydrargyrum gallicum täglich und brachte dabei die syphilitischen Symptome nach 2 bis 4 Wochen zum Schwinden. Vergiftungserscheinungen durch Quecksilber wurden nicht beobachtet. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Rinde des Murure und des Mercurium vegetale, von H. CATHÉLINEAU und C. REBOURGEON. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 724.) Der Murure ist ein in Brasilien vorkommender, aber botanisch noch nicht untersuchter Baum, dessen Saft M. vegetale genannt und gegen Rheumatismus, sowie die tertiären Formen der Syphilis gebraucht wird. Verfasser haben sowohl die Baumrinde, wie auch den Saft einer chemisch-physiologischen Untersuchung unterzogen und teilen die gefundenen Ergebnisse hier mit. Erwähnenswert erscheint vor allem, daſs Hunde und Kaninchen bei innerlicher Anwendung des Saftes sowohl, wie bei Einspritzung in die Venen zu Grunde gingen. Aus Rinde und Saft konnten Verfasser einen bitteren Stoff von stark drastischer Wirkung herstellen, auf den die heftigen, bei den vergifteten Tieren beobachteten Durchfälle zurückzuführen sind. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Pharmakologie des Quecksilbers, von H. DRESER. (*Arch. f. experim. Path. u. Pharm.* 1893. 5. u. 6. Heft.) Die bei der therapeutischen Behandlung angewendeten Verfahren haben nach zwei Richtungen Mängel: Erstens ist die Menge des Quecksilbers unbestimmt, so bei der Inunktionskur, bei subkutaner Anwendung unlöslicher Verbindungen, bei interner Darreichung. Zweitens ätzen die löslichen Salze durch Bildung von Albuminaten lokal stark, ein Vorwurf, dem auch die Peptonate und Albuminate des Quecksilbers nicht entgehen; Cyanquecksilber und Succinimidquecksilber (Amidoverbindungen) erfüllen noch am ehesten den Zweck. Verfasser benutzte nun die Affinität des Quecksilbers zum Schwefel, um ein konstant zusammengesetztes, krystallisiertes Präparat zu erhalten. Es gelang das am besten mit Kaliumhyposulfit, besonders wenn man statt Kalomel oder Sublimat direkt gelbes Quecksilberoxyd in demselben auflöst. In demselben sollte gegenüber dem Eiweiſs das Quecksilber festgehalten und die Bildung der Albuminate verhindert werden, da die Schwefel-Quecksilber-Verbindungen sogar ein Auflösungsvermögen für die Niederschläge des Sublimats in alkalischer Eiweiſslösung besitzen. Verfasser prüfte nun neben den Amidoverbindungen diese Schwefelverbindungen in Bezug auf ihr chemisches und biologisches Verhalten (Hefezellen, Frösche, Fische) in einer Reihe von Versuchen, die ich hier nicht wiedergeben kann. Die Ergebnisse waren für das Kaliumquecksilberhyposulfit durchaus günstig, es ätzt nicht, hat allerdings auch keine desinficierende Kraft, indem es die Hefegährung nicht stört; das Präparat macht örtlich keine Reizerscheinung, die Injektion mit demselben ist nicht schmerzhafter als eine Morphiuminjektion. Es erfüllt deshalb das Präparat alle Forderungen:

1. Vermeidung von Eiweifsfällung;
2. Vermeidung von Lokalerscheinungen;
3. Möglichkeit exakter Dosierung einer gelöst bleibenden Quecksilberverbindung.

Es sind deshalb therapeutische Versuche mit dem quecksilberunterschwefligsaurem Kalium zu empfehlen. E. Merck liefert dasselbe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Granuloma mercuriale,[1] von Roth-Basel. (*Korr. f. schweiz. Ärzte.* 1893. No. 18.) Ein 25jähriger Mann, welcher drei Injektionen von Oleum cinereum Lang in die Glutäalgegenden erhalten hatte, starb nach drei Monaten an Quecksilberintoxikation. Die Untersuchung der Knoten an den Injektionsstellen ergab: 6 cm lange, 2—3 cm dicke geschwulstartige Verhärtung. Auf dem Durchschnitt ist dieselbe gelb, rot und grauweifs marmoriert mit abgelagerten Hg-Kügelchen. Die gelbe Farbe ist bedingt durch massenhafte und grofse Körnchenzellen, an die sich gefäfsreiches, stellenweise von Blutungen durchsetztes Granulationsgewebe anschliefst. Nach aufsen folgt derbes, stellenweise gelbes, körniges Pigment enthaltendes Bindegewebe. In den Muskelfasern Kernwucherung, einfache Atrophie und Fettdegeneration. Von der Injektionsmasse läfst sich mikroskopisch Hg in gröberer oder sehr feiner Verteilung, Fettklumpen und Gemenge beider nachweisen. Das Hg findet sich stellenweise in schwarzem, blättrig-krystallinischem Zustande vor (Hg-Oxydul? Schwefel-Hg?); auch liegt schwarzes und reguliniscbes im Innern von Zellen. Die Geschwülste haben Ähnlichkeit mit aktinomykotischen Wucherungen, unterscheiden sich aber von ihnen durch das Fehlen von Eiter.

In der Diskussion warnte Immermann vor dem Gebrauche des Oleum cinereum, da auch ihm ein tödlich verlaufener Intoxikationsfall bekannt. Massini ist hingegen damit ganz zufrieden, will aber die Injektionen auf kräftige Individuen beschränkt wissen und verlangt Untersuchung des Urins auf Eiweifs vor der Kur.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Sozojodolbehandlung eiternder Wunden und Geschwüre, von Dr. Rosinski. (*Therap. Monatsh.* 1893. Heft 12.) Verfasser erwähnt einen Fall, bei dem nach geheilter Fraktur der Tibia eine Anzahl Geschwüre am Unterschenkel auftraten. Nach Behandlung mit Jodoformgaze vergröfserten sich die Geschwüre, bis es nach einer antisyphilitischen Zondischen Kur und Applikation von Kalium sozojodolicum gelang, dieselben zur Heilung zu bringen. Er empfiehlt das Sozojodol in allen Fällen von tiefgreifenden alten Unterschenkelgeschwüren nach vorangegangener Kauterisation derselben mit dem Paquelin. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über **Pyrogallusvergiftung** berichtet Banerji. (*The Lancet.* 30. Juli 1892, ref. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 72.) Zwei Eheleute hatten je 4 g Pyrogallussäure eingenommen. Beide bekamen ein Brechmittel, der Mann auch ein Duschebad, innerlich Salzsäure und Olivenöl; beide hatten schwarze Zunge, Urin und Faeces waren normal, die Frau hatte weiter keine Beschwerden, der Mann klagte über Übelkeit, Taubheit in den Extremitäten und im Gesicht, Trockenheit im Pharynx. Heilung.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Vergiftung durch ein Belladonnapflaster, von E. Maddox. (*The americ. Journ. of the medic. sciences.* November 1893.) Die Patientin hatte ohne Wissen ihres Hausarztes ein Pflaster gebraucht, das, den Symptomen nach zu urteilen, einen gröfseren Gehalt von Belladonna hatte, als die offizinellen Pflaster. Die Symptome bestanden in Trockenheit des Mundes, des Rachens und der Haut, in Speichelflufs, Aufgeregtheit, Hallucinationen, in Schwere in den Beinen, später in psychischer

[1] S. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. pag. 1059.

Depression und vor- übergehendem Verlust des Gedächtnisses etc. Nach Beseitigung des Pflasters besserten sich die Symptome, die Nervosität hielt noch längere Zeit an.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von schwerer Jodoform-Vergiftung, von Burvenich. (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand.* 1892. S. 207 nach *Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 92.) Ein 35jähriger Mann wird nach der Radikaloperation einer Hernie mit Jodoformgaze längere Zeit behandelt. Vorübergehende Anfälle von Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, leichter Melancholie bleiben unbeachtet, bis plötzlich sich Aufregung, Selbstmordgedanken, schliefslich ein Tobsuchtsanfall hinzugesellen. Den Delirien folgt stets ein Stadium tiefster, seelischer Depression. Jetzt erst wird an die Jodoformgaze gedacht, nach deren Entfernung alle Erscheinungen schwinden. Manche Störung im Verlaufe von Jodoformbehandlung dürfte auf das aus dem Jodoform abgespaltene Jod zurückzuführen sein. Verfasser empfiehlt als Ersatz das Jodol. (Es ist mir durchaus fraglich, ob die Vergiftungserscheinungen nach Jodoformanwendung auf das freiwerdende Jod zurückzuführen sind. Es handelt sich eben um eine spezifische Jodoformwirkung; das Jodoform als solches ist die Ursache; vom Jod hat man niemals derartige Symptome gesehen. .D Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Akute Exantheme.

Deffernez berichtet über eine besonders lange dauernde und schwere **Röteln- und Scharlachepidemie im Becken von Charleroi 1892—93.** Dieselbe hatte auffallend häufig die hämorrhagische und broncho-pneumonische Form angenommen. Oft zeigten sich die beiden Krankheiten in merkwürdiger Weise miteinander kombiniert. Häufig war auch komplicierende Diphtherie, zumal im Beginne des Exanthems. (Nach *Presse méd. belge.* 1893. No. 47.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die pathologische Wirkung einiger aus der Scharlachmilz gewonnenen Substanzen, von T. J. Bokenham und W. S. Fenwick. (*Brit. med. Journ.* 19. August 1893.) Aus den Milzen von mehreren Patienten, die in verschiedenen Stadien der Scarlatina gestorben waren, haben die Verfasser durch Ausziehen mit Alkohol etc. proteide Substanzen gewonnen, welche bei Meerschweinchen, Kaninchen, Ratten und Mäusen injiciert eine deutliche Wirkung namentlich auf die Nieren hervorriefen. Sie unterscheiden dabei: 1. toxische Fälle, die in den ersten drei bis vier Tagen des Scharlachs gestorben waren; 2. septische, welche nach etwa 14tägiger Krankheit unter den Erscheinungen von eitriger Entzündung verschiedener Art (Drüsen etc.) starben; 3. späte Fälle mit einem meist an Komplikationen erfolgten tödlichen Ausgange. Die Giftigkeit des Extraktes war bei der ersten Gruppe eine ungleich intensivere, als bei der zweiten, und auch bei der zweiten noch nachweislich gröfser, als bei der dritten Gruppe. Möglicherweise gaben diese Untersuchungen einen Fingerzeig zur Entdeckung des eigentlichen Scharlachvirus. *Philippi-Nieheim.*

Zur Prophylaxe des Scharlachfiebers, von Hershey. (*Med. News.* 22. April 1893.) Ausgehend von der Beobachtung, dafs diejenigen Fälle von Scharlach schwer verlaufen, die eine schwere Rachenaffektion aufweisen, empfiehlt Verfasser sorgfältiges Spülen des Mundes alle halbe Stunde. Die Häuser, in denen Scharlachfälle vorkommen, sollen desinficiert werden; in gleicher Weise sollen aber auch die im Schuppungsstadium befindlichen Kinder desinficiert werden. Verfasser empfiehlt dazu eine 5%ige Naphtolseife, mit der sie zweimal täglich gewaschen werden; so wird die Abschuppung beschleunigt, und die abgestofsenen Partikel werden unschädlich gemacht. *F. Hahn-Bremen.*

Scharlach bei einer Schwangeren, mit Infektion des Foetus, von Ballantyne und Milligan. (Edinburg. *Med. Journ.* Juli 1893.) Scarlatina trifft man selten bei Schwangeren.

Verfasser sahen eine junge, zum ersten Male, im siebenten Monat schwangere Frau, die von einer typischen Scarlatina befallen wurde. Am dritten Tage trat Frühgeburt ein, die mittelst Forceps beendigt wurde: am neunten Tage begann die Abschuppung. Als das Kind drei Tage alt war, sah man deutlich, dafs es einen starken Scharlachausschlag hatte, daneben die Halsaffektion. Die Abschuppung begann am selben Tage, wie die der Mutter. Mutter und Kind genasen.

Es sind bisher 18 derartige Fälle beobachtet.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Wenn eine Schwangere von Scarlatina befallen wird, wird meist auch der Foetus befallen.

2. Die Infektion setzt bei beiden gleichzeitig ein, denn sie zeigen nach der Geburt beide die Krankheit im selben Stadium.

3. Die klinischen Erscheinungen sind beim Foetus und beim Neugeborenen dieselben, wie im späteren Alter.

4. Die Prognose ist für Mutter und Kind schlecht. *F. Hahn-Bremen.*

Die Komplikationen der Scarlatina, an 50 Fällen bobachtet, von Jackson. (*Bost. med. and surg. Journ.* 17. Aug. 1893.) Die im Monat Januar 1893 beobachteten 53 Fälle zeigten als meist vertretene Komplikation, nämlich 20 Mal, eine Halsaffektion (Membranen auf den Tonsillen oder weichem Gaumen); aufserdem kamen an Komplikationen zur Beobachtung: Otitis media, Albuminurie, Nephritis, Pneumonie und Temperatursteigerung während der Abschuppungszeit ohne nachweisbaren Grund. Verfasser hat sein Hauptaugenmerk auf die Halsaffektion gerichtet. In acht Fällen war dieselbe septisch und griff auf die Nase über; sieben von diesen starben. Anatomisch ist kein sicherer Unterschied von Diphtherie zu finden; aber in den vier untersuchten Fällen konnte Verfasser den Löfflerschen Bacillus nicht finden. Während also das Auftreten einer septischen Halsaffektion die Prognose ungünstig erscheinen läfst, liefs sich in Bezug auf die übrigen Komplikationen kein Unterschied zwischen Fällen mit und solchen ohne Halsaffektion machen. *F. Hahn-Bremen.*

Peptonurie bei Scarlatina, von Ervant. (*Gaz. méd. de Paris.* 1893. No. 8.) Bei zehn scharlachkranken Kindern von 21 fand Verfasser Peptonurie, die er folgendermafsen nachwies: Ausfällen etwa vorhandenen Eiweifses, Filtrieren; Zusetzen von zehn Tropfen Essigsäure auf 5 ccm Urin, dann von folgender Lösung: Hydrarg. bichlor. 1,0, Kal. jodat 3,0, Aq. dest. 60,0. Entsteht ein weifser Niederschlag, so bedeutet er Pepton, wenn er nicht nach Alkoholzusatz verschwindet; im entgegengesetzten Falle beruht er auf Alkaloiden. Verfasser fand nun: Bei gutartigem, unkompliciertem Scharlach besteht keine Peptonurie. Bei eintretenden Komplikationen ist Peptonurie vorhanden und geht häufig denselben voraus. Beträchtliche Mengen von Pepton im Urin Scharlachkranker geben eine ungünstige Prognose oder bedeuten wenigstens eine schwere Komplikation. Peptonurie hat keine Beziehung zur Albuminurie. Bei schweren Komplikationen oder Störungen der Verdauungsorgane gesellt sich zur Peptonurie noch Indikanurie. Auch für die Peptonurie könnte man geneigt sein, eine parasitäre Ursache anzunehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Scarlatina occulta, von Alois Pollak-Weinberge. (*Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 36.) Bei den Fällen von Scharlach ohne Exanthem kann man zwei Gruppen unterscheiden. In der ersten sind die anderen Krankheitserscheinungen

(Angina, Drüsenschwellungen, Fieber etc.) wenigstens ausgesprochen; zwei derartige Fälle teilt der Verfasser mit. Die zweite Gruppe umfafst diejenigen Fälle, in welchen auch alle übrigen Symptome so wenig ausgesprochen sind, so dafs die Diagnose sehr erschwert ist. Dabei können aber alle übrigen Scharlachfolgen später auftreten. Solche Fälle hat Verfasser vier gesehen und berichtet über dieselben. (Die Fälle, in denen der vorausgegangene Scharlach erst aus der nachfolgenden Nephritis erkannt wird, sind in der Praxis ungemein häufig und fordern bei jeder Angina zur Vorsicht auf. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Scharlach bei Erwachsenen, von C. Gimmel. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd 51. Heft 1.) Nach Erfahrungen des Prof. Eichhorst stellt Verfasser folgende Sätze auf:

1. Die Disposition zu Scharlach ist für Erwachsene geringer als für Kinder.
2. Sie nimmt für Erwachsene zu, je länger keine Epidemie mehr vorkam, und, wenn eine solche vorkommt, je gröfsere Ausdehnung sie annimmt.
3. Scharlach verläuft bei Erwachsenen leichter als bei Kindern.
4. Nephritis tritt bei Erwachsenen seltener auf und verläuft leichter.
5. Gelenkrheumatismus kompliciert weitaus häufiger den Scharlach Erwachsener als denjenigen der Kinder.
6. Wundscharlach kam in den 162 Fällen nur bei Erwachsenen vor.

In den Jahren 1879—89 waren unter 162 Scharlachkranken im Züricher Krankenspital 60 unter und 102 über 14 Jahre alt; von den 102 starben zwei (ca. 2%), einer an Nephritis, einer an heftiger Allgemeininfektion. Von den 60 Kindern starben 6 (= 10%), davon drei an der Schwere der Infektion, zwei an Nephritis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die anginösen Formen der Scarlatina. (*Union méd.* 1893. No. 35.) Es werden die Fälle besprochen, bei denen die anginösen Erscheinungen das Symptomenbild beherrschen und von denen sich verschiedene Abstufungen unterscheiden lassen. Den höchsten Grad bilden diejenigen Formen, wo sich bereits im Beginne der Eruption bedeutendere Veränderungen im Rachen, Gaumen und den Tonsillen erkennen lassen, die sich dann nach dem Abblassen des Exanthems und scheinbarer Defervescenz plötzlich steigern mit gewaltiger Temperaturerhöhung, Bildung von ausgedehnten Pseudomembranen, hämorrhagisch-purulentem Nasenausflufs und hochgradigster Lymphdrüsenschwellung. Die Prognose dieser Fälle ist äufserst ungünstig und der Ausgang meist letal. Von der Diphtherie unterscheiden sich diese Formen, aufser durch den bakteriologischen Befund, durch die bedeutendere Temperaturelevationen, die Persistenz derselben, die lange Dauer des Verlaufes, das Fehlen jener ausgesprochenen Adynämie und hochgradiger Anämie, welche die Diphtherie bereits im Beginne der Affektion auszeichnet.

Als Behandlung empfiehlt Verfasser Irrigationen 1%iger Karbolsäurelösungen (selbst bei Kindern) unter Anwendung entsprechender Vorsichtsmafsregeln. Keine Pinselungen etc. Berücksichtigung des Allgemeinzustandes.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Immunität und Empfänglichkeit gegenüber Vaccine-Infektion, von Hervieux. (*Bull. de l'Acad. de méd.* 1893. No. 13 u. 14.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Natürliche Immunität gegenüber Vaccine ist beim Menschen sehr selten.
2. Ein Individuum kann erst am siebenten Tage nach der Impfung als (künstlich) immun betrachtet werden. Ihr Maximum erreicht diese Immunität am 10., 12. oder 15. Tage.
3. Sie dauert nicht mehr wie 7—8 Jahre, und zwar ist diese Dauer um so geringer je jünger, das Individuum.

4. Die Immunität, welche die Variola gewährt, ist nicht bedeutender als diejenige nach künstlicher Impfung, weshalb Geblatterte sich ebenfalls von Zeit zu Zeit einer Schutzimpfung unterziehen sollen.

5. Die Empfänglichkeit für Vaccine bei Individuen, die weder geblattert noch geimpft sind, ist eine beinahe absolute.

6. Nach einem gewissen Zeitraume nach der Impfung erhält die Empfänglichkeit für das Vaccinegift nach und nach ihre ursprüngliche Höhe; bei den mehrmals Geimpften ist sie jedoch geringer. Dasselbe gilt von der Variola.

Um seine Meinung über die sogenannte Pseudo-Vaccine befragt, erklärt H., dafs eine solche nicht existiere, — nur eine durch frühere Impfungen modificierte wahre Vaccine darstelle. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Lepra. Ein klinischer Vortrag, von A. Abrams. (*Med. News.* 7. Okt. 1893.) Kurze Besprechung der klinischen Erscheinungen, Bakteriologie und Ätiologie, der Prophylaxe, Therapie und Diagnose des Leidens. Vortragender demonstrierte auch die von ihm angewandte Methode der „parenchymatösen Aspiration“ zum Zweck der Gewinnung der Bakterien aus den Lepraknoten, den Drüsen, Nerven etc. Man benutzt dazu eine ziemlich grofse Glasspritze mit Platinnadel, welche unter allen antiseptischen Kautelen eventuell nach vorheriger Abschnürung des betreffenden Körperteils eingestochen wird. Auch kann man eine kleine Menge NaCl-Lösung einspritzen und nach kurzer Zeit, wenn anzunehmen ist, dafs die Bacillen sich damit vermischt haben, dieselbe wieder aspirieren. Therapeutisch werden das Chaulmoogra-Öl (2—4 g pro die) und die Salicyl-Pyrogallussalbe am meisten empfohlen. *Dr. Philippi-Nieheim.*

Unsere gegenwärtigen Kentnisse über die Lepra, von Zambaco. (*Sem. méd.* 1893. No. 37.) Die Lepra ist im Altertum aus Ägypten durch die Phönicier, die Hebräer und Griechen, später auch die Sarazenen nach den verschiedensten Erdteilen verschleppt. Die ersten Leproserien sind 330 durch Konstantin den Grofsen in Byzanz errichtet; im Mittelalter gab es in Europa 20000 Leproserien. In Frankreich löste Ludwig XIV. 1695 die Leproserien auf, seitdem sind die Asyle und scheinbar auch die Krankheit verschwunden. Es giebt aber noch weit mehr Aussatz als man annimmt. Zu ihm zählen die Morvansche Krankheit, die Sklerodermie, die Sklerodaktylie, die Syringomyelie, was Verfasser eingehend zu begründen versucht (wohl vergeblich! D. Ref.). Die gliomatösen Wucherungen und Höhlenbildungen im Rückenmark finden sich auch bei anderen Leiden ausser der Syringomyelie. Der Mangel des Hansenschen Bacillus beweist nichts; es gelingt auch bei ausgesprochener Lepra nicht, ihn zu finden. Hauptursache ist Heredität; in Konstantinopel kommt die Lepra nur unter den aus Spanien zur Inquisitionszeit geflüchteten Juden vor. Die Ansteckungsfähigkeit ist mindestens überschätzt; vielleicht mag der Glaube an dieselbe von Verwechselung mit Syphilis herrühren. Wenn die Infektion zahlreicher Bewohner der Sandwichsinseln durch einen zugereisten Chinesen berichtet ist, so ist es auffallend, dafs solche Übertragungen sonst von keiner Seite berichtet sind. Der negative Ausfall der Tierversuche spricht auch gegen die Kontagiosität. (Ist die Syphilis, die ja auch nicht auf Tiere übertragen werden kann, etwa auch nicht kontagiös? D. Ref.) Das Experiment an dem Verbrecher in Honolulu beweist nichts. Die Abgrenzung gegen Syphilis und Tuberkulose ist oft schwer; die wichtige Anästhesie kann fehlen, ebenso die Bacillen, die auch den Tuberkelbacillen sehr ähneln. Der Verlauf und die

Häufigkeit richtet sich nach den Lebensverhältnissen der Menschen. In unsauberen Wohnungen, wo die Nahrung aus schlechten Fischen, ranzigem Öl und überhaupt aus verdorbenen Speisen und Getränken besteht, gedeiht die Lepra. Sie kann 10—20 Jahre dauern, sogar ausheilen. Prophylaxe: Besserung der Lebensverhältnisse, Absonderung (also doch! d. Ref.), Verbot der Heirat Erkrankter. Die Behandlung verlangt gute Ernährung, chirurgische Maſsnahmen; innere Mittel sind nutzlos.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Lepra in Südfrankreich im Jahre 1893, von Zambaco Pascha. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 350). Zambaco Pascha ist auch in seinen Reisen durch Südfrankreich überall wie früher in der Bretagne auf Fälle von Lepra gestoſsen, und bereits ist es mehrfach gelungen, bei diesen bisher verkannten Formen den Hansenschen Bacillus nachzuweisen, so daſs an der Diagnose kein Zweifel mehr sein kann. Übrigens meint Z., daſs die Lepra, dank den besseren Wohlfahrtseinrichtungen, hier mehr und mehr im Verschwinden begriffen sei. *Türkheim-Hamburg.*

Über Lepra in Montenegro, von Zambaco. (*Revue de méd. de Moscou.* No. 41.) In Montenegro werden alle Patienten mit Cyanose des Gesichts oder der Nase, Pustelausschlägen, Geschwüren, Hautverdickungen an isolierten Plätzen interniert; unter ihnen findet man auch Lepröse. Über 7 Fälle berichtet der Verfasser, der ja bekanntlich alle Fälle von Syringomyelie zur Lepra zählt. Verfasser glaubt, daſs die Lepra schon vor der christlichen Ära von Italien und Griechenland nach dem Abendlande eingeschleppt ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilung über eine in Deutschland bestehende Lepraendemie von Dr. Pindikowski. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 40.) Verfasser macht auf eine im Kreise Memel bestehende Lepraendemie aufmerksam; nach seinen Ermittelungen fanden sich 9 zur Zeit noch lebende Kranke, auſserdem sind 4 in den letzten Jahren gestorben. Eine bestimmte Verbreitung innerhalb dieses Kreises ist nicht vorhanden. Die Fälle gehören der tuberösen Form an und betreffen 6 Männer und 7 Frauen. Es ist eine autochthone Entstehung an Ort und Stelle anzunehmen, da keiner der Kranken jemals seinen Wohnsitz auſserhalb des Kreises gehabt hat; eine Einschleppung aus den Ostseeprovinzen ist also auszuschlieſsen. Die einzig bewährte Maſsnahme dagegen ist eine rigorose Isolierung. Die Diagnose ist sichergestellt durch mikroskopische Untersuchung excidierter Hautstückchen. Verfasser führt alsdann die einzelnen Fälle an.

L. Hoffmann-Berlin.

b) *Tuberkulose.*

In *Revue de Chir.* 1893. No. 10 betont Adenot die Thatsache, daſs **tuberkulöse Läsionen**, welche ausschlieſslich der Haut anzugehören scheinen, öfters ihren Ursprung im darunterliegenden Knochen genommen haben. Solche lupusähnliche, papillomatöse, besonders an Händen und Füſsen auftretende Efflorescenzen lassen oft den Verdacht auf maligne Bildungen aufkommen. Die Kontinuität zwischen Haut- und Knochenherd kann dabei noch bestehen oder unterbrochen und die Knochenläsion verheilt sein, während die kutanen Erscheinungen fortbestehen. (*Rif. med.* 1893. No. 248.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über sekundäre tuberkulöse Infektion der Narben nach chirurgischen Operationen, klinischer Vortrag von Hendrix. (*La Policlinique.* 1893. No. 17.) Vortragender berichtet über zwei Fälle (eine Laparotomie, wegen tuberkulöser Peritonitis und eine Resektion zweier Tarsalknochen wegen Caries), bei denen nach Vernarbung per primam und vollständiger Heilung der tuberkulösen Herde in der Tiefe sich nachträglich die Narben frisch inficierten unter Bildung von weichen, gelatinösen, durchsichtigen Fungositäten, welche die ganze Dicke des Derma einnahmen und bis

zur Aponeurose, nicht aber über dieselbe hinaus reichten und vollständig auf Haut und Unterhautzellgewebe beschränkt blieben. Einer selbst energischen Behandlung (ausgiebige Auskratzung und Kauterisation) leisteten sie hartnäckigen Widerstand. Vortragender nimmt an, daſs die Hautränder während der Operation durch die aus der Tiefe quellenden Flüssigkeiten inficiert wurden und Keime zurückbehielten, welche nach glatter Vernarbung zum Ausbruche kamen. Ähnliche Fälle wurden von Bayet (s. das folgende Referat) mitgeteilt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über sekundären Lupus im Gefolge von chirurgischen Operationen, von Bayet. (*Annales de la Soc. belge de Chir.* 1893. No. 3.) — Die Infektion geschieht auf dreifache Weise:

1. Inokulation durch längeren Kontakt mit tuberkulösem Eiter (eröffnete Lymphdrüsen).

2. Inokulation durch Kontiguität der Gewebe (Lupus auf Narben tuberkulöser Ulcerationen).

3. Inokulation durch Infektion im Verlaufe von Operationen (Amputationen tuberkulöser Glieder).

Zur Illustration führt Verfasser 3 Fälle an.

Nach Untersuchungen von Ressouard (*Thèse de Paris*) war von 9 Fällen der sekundäre Lupus zurückzuführen:

5 mal auf Lymphdrüsenaffektionen,
3 „ „ periostale,
1 „ „ osteomyelitische Störungen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Lupus und dessen Beseitigung, von B. M. Rickets. (*New York Med. Journ.* 23. Sept. 1893.) Verfasser tritt, wie auch bereits andere, entschieden für die ausgiebige Exstirpation von lupösem Gewebe mittelst des Messers ein, ebensowohl bei echtem Lupus wie bei Lupus erythematodes. Er führt die Operation meistens unter Cocainanästhesie aus, je nach Bedarf mit oder ohne nachheriger Transplantation von Hautlappen. Vier auf diese Weise behandelte, ausführlich mitgeteilte Fälle ergaben sehr gute Resultate von jahrelangem Bestand. Es handelte sich dabei um drei Fälle von Lupus vulgaris und einen Lupus erythematodes. Mit seinen übrigen Kranken (42 Lupus vulgaris, 23 Lupus erythematodes) hatte Verfasser keineswegs so erfreuliche Erfolge zu verzeichnen. *Philippi-Nieheim.*

c) *Syphilis.*

Die Symbiose des syphilitischen und tuberkulösen Prozesses, von Guidone. (*Rif. med.* 1893. No. 230.) Auf Grund einer Reihe von Beobachtungen zieht Verfasser folgende Schluſsfolgerungen:

1. Die syphilo-tuberkulöse Symbiose beim Menschen ist ein häufigeres Vorkommen als man bisher geglaubt hat.

2. Sehr oft verlaufen die beiden Prozesse bei demselben Individuum parallel nebeneinander.

3. Die syphilitische Infektion bildet für den Bacillus der Tuberkulose ein günstiges Angriffsfeld.

4. Die Syphilitiker sind ganz besonders einer tuberkulösen Infektion ausgesetzt.

5. Die tuberkulöse Infiltration der Lungen nach Syphilis verläuft überaus rasch.

6. Es scheint, als ob die Syphilis, die der Tuberkulose vorangegangen ist und ihr den Boden bereitet, an Vehemenz verliert oder latent wird.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Vererbung der Syphilis, von Spillmann-Nancy. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 362.) Spillmann berichtet einen Fall, dafs ein Mann neun Jahre nach der Ansteckung eine Ehe einging, aus der noch ein Kind mit angeborener Syphilis hervorging. *Türkheim-Hamburg.*

Die Einschleppung der Syphilis in Europa, von Prof. Dr. Binz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 44.) Nach den Angaben des Verfassers fand die erste Einschleppung der Syphilis von Amerika aus statt, und zwar sollen es gerade die Schiffe der ersten Ausfahrt des Columbus gewesen sein, die zum ersten Male die Träger des Giftes waren. Weder bei den Juden noch bei den Ägyptern und Griechen, noch bei den Satyrikern der römischen Kaiserzeit finden sich darüber bestimmte Angaben; der Tripper und seine Folgen, das örtliche Geschwür werden von den letzteren beschrieben, aber niemals ein Übergreifen der geschlechtlichen Ansteckung auf den ganzen Körper. Dasselbe gilt von den abendländischen Berichten aus dem Mittelalter.

Alle Autoren stimmen jedoch darin überein, dafs im Jahre 1495 die Lues venerea fast wie mit einem Male als Epidemie aufgetreten sei und sich über die ganze Welt verbreitet habe. Nach der von Diaz de Isla, einem Arzte zu Barcelona, geschriebenen Abhandlung ist es sicher, dafs die Seuche von Columbus Schiffen mitgebracht worden ist. Sie wurde dann Ende 1494 durch die Kriegszüge Karl VIII. von Frankreich nach Süditalien verschleppt und von hier aus der europäischen Menschheit eingeimpft. Ein zweiter zeitgenössischer Zeuge ist Oviedo, ein dritter der Pariser Las Casas. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über den vermeinten amerikanischen Ursprung der Syphilis, von F. Buret. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 257.) Da ungefähr gleichzeitig mit der Entdeckung Amerikas die Syphilis über Europa hereinbrach, so dürfen wir uns wohl nicht allzusehr wundern, wenn die noch wenig kritisch geschulten Geister jener Zeit die beiden Ereignisse in einen ursächlichen Zusammenhang brachten. Eine derartige Verbindung der Syphilis mit Amerika lag auch um so näher, als das von Ulrich von Hutten so sehr gepriesene Heilmittel gegen die Seuche, das Lignum sanctum, gleichfalls aus der neuen Welt stammte. Ein deutscher Arzt, Leonhard Schmaus, war der Erste, der der weitverbreiteten Meinung öffentlich Ausdruck gab (1518), ohne allerdings auch nur den Schatten eines Beweises beizubringen. Ovideo y Valdez, der grausame Gouverneur von Sant Domingo, schöpfte vielleicht aus dieser Quelle, als er seine Mifshandlung der Eingeborenen von Amerika vor Karl V. mit dieser Behauptung — dafs sie nämlich syphilitisch seien — entschuldigte (1525 und 1535.). Da man in ihm einen Augenzeugen vermutete, so glaubte man seiner einfachen Aussage.

Buret unterzieht sich nun in der vorliegenden Abhandlung der Mühe, diese Legende vom amerikanischen Ursprung der Syphilis zu zerstören und den Beweis zu liefern, dafs die Syphilis schon vor der zweiten Rückkehr des Christoph Columbus von Amerika (1496) — mit diesem Zuge habe nach Oviedo der Genuese die Seuche nach dem Abendland gebracht — den Regierungen von Europa zu schaffen machte. Dieser Beweis gelingt Buret vollkommen. *Türkheim-Hamburg.*

Die diagnostische Bedeutung des Fiebers bei der Spätsyphilis, von J. H. Musser. (*University medical Magazine.* Philadelphia. 1892. No. 10, nach *Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 78.) Durch drei Fälle will Verfasser beweisen, dafs in der tertiären Syphilisperiode anhaltendes, intermittierendes Fieber vorkommen kann. Im ersten Falle wurde eine grofse syphilitische Geschwulst des linken Leberlappens, im zweiten eine multiple Gelenkerkrankung, im dritten eine Enteritis und Gummabildung der Leber diagnosticiert. Die Diagnose wurde aus dem Nutzen des Jodkaliums gestellt; Sektionen fehlen, die Krankengeschichten sind nicht beweisend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Bradykardie — Syphilis? —, von Baetge. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 26.) Ein 46jähriger Patient hatte vor 20 Jahren ein Ulcus gehabt, aber keine Kur durchgemacht. Vor drei Jahren ein bohnengroſses Geschwür an der rechten Tonsille; Cervical- und Cubitaldrüsen fühlbar; Heilung durch Schmierkur. Ein halbes Jahr darauf Schmerzen in den Unterschenkelknochen, die nach Jodkalium aufhörten. Bald darauf hochgradigstes Angstgefühl und Beklemmungen, dabei nur acht Herzkontraktionen in der Minute. Verfasser nahm eine Myocarditis oder Endarteriitis coronaria luetica an und verordnete Ung. ciner. 5,0 pro die. Nach vier Inunktionen stieg die Pulsfrequenz am dritten Tage auf 40, abends auf 80 Schläge. Diese Erscheinungen wiederholten sich und schwanden stets nach zehn Einreibungen der genannten Dosis. Die Herzuntersuchung ergab niemals etwas abnormes. Verfasser nimmt Lues als Ursache der Bradykardie an, vielleicht durch Lähmung der im Herzen liegenden automatischen Zentren infolge einer Erkrankung der Koronararterien. Für eine Vagusreizung sprach nichts. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Reinfectio? Reinduratio? Gumma? von M. Horovitz. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1893.) Die Feststellung der Möglichkeit einer Reinfektion der Syphilis hat den Beweis von der Heilbarkeit der Syphilis erbracht. Jedoch muſs man vorsichtig sein bei der Beurteilung luetischer Primäraffekte; frische Lues ist nur zu diagnosticieren, wenn wir daneben die charakteristische Lymphadenitis und die Erscheinungen der Frühperiode sehen. An manchen Körperstellen können alle irritierten Substanzverluste indurieren, und besonders ist dies bei Luetikern, wie Tarnowsky gezeigt hat, der Fall, so daſs man die Diagnose der Reinfektion aus einer Sklerose stets anfechten kann. Daſs die Reinfektionen sollen besonders milde, abortiv verlaufen können, ist nicht richtig und nicht beweiskräftig. — Die Reinduratio des Primäraffektes ist erklärlich durch die oft noch lange bestehenden Rundzelleninfiltrate in der Umgebung desselben, sie ist also ein lokales Recidiv, das, wenn es nach Monaten oder Jahren auftritt, natürlich Schwierigkeiten macht. — Das Gumma im Penis ist selten, die Zahl der Penisgummen wird aber parallel der Abnahme der Zahl der diagnostischen Reinfektionen zunehmen. Zwei Fälle werden mitgetheilt: 1. Ein vor sieben Jahren Jahren inficierter 37jähriger Mann bekam im Sulcus retroglandularis einen harten, tief eingebetteten, scharf abgegrenzten Knoten mit einem grauweiſs belegten Geschwür auf der Oberfläche, das schnell zunahm, bis nach 14tägiger Behandlung eine Neigung zur Reparation eintrat. Die inguinalen Lymphdrüsen blieben intakt. Schlieſslich trat Heilung ein. Es handelte sich also um ein Gumma des Penis. 2. Ein 32jähriger Kaufmann, der vor sechs Jahren inficiert war, kam zum Verfasser mit der Diagnose „Reinfectio“. An Stelle der früheren Sklerose bestanden einige erodierte, geschwürige Stellen, in der Mitte der dorsalen, inneren Präputialfläche ein induriertes Geschwür. Durch Konfluenz entwickelte sich schlieſslich ein groſses Geschwür; Heilung unter Jodoform und grauem Pflaster. Es war also ein Fall von „Syphilis und Reizung“, die Induration bedingt durch Applikation von Ätzmitteln auf erodierte Stellen.

Verfasser resumiert: 1. Die Reinfectio ist nicht so häufig, wie man irrtümlich annimmt.

2. Solange Zeichen evidenter Lues bestehen, findet keine Reinfektion statt.

3. Die an evident Syphilitischen auftretenden Knoten bei Abwesenheit von Konsekutiverscheinungen sind Folgen der ursprünglichen Infektion.

4. Die nach Reizen an Stelle der Sklerose auftretenden Gewebsverdichtungen sind Reindurationen, Ausdruck der Thätigkeit „virulenter Schlummerzellen“.

5. Reinfektion ist nur aus Primäraffekt und weiteren Syphilismerkmalen zu diagnosticieren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von zweimaliger Syphilisinfektion spricht Prof. Neumann in der K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung vom 1. Dezember 1893: Der jetzt 29jährige Kellner zeigte Januar 1889 eine Narbe im Sulcus coronarius und auf dem inneren Präputialblatt; ein grofspapulöses Syphilid, universelle Lymphadenitis, Angina luetica. Nach Kalomelinjektionen trat Heilung ein. August 1892 trat der Kranke abermals in die Klinik mit sich derb anfühlender Narbe links am Frenulum, purulentem linken Bubo, Periostitis der linken Tibia. September 1893 stellte der Patient sich mit einem scharf umschriebenen Geschwür an der Penishaut nahe der Penoskrotalfalte vor, das eine vertiefte, mit fest anhaftendem Belage versehene Basis, elevierten, derben Rand und derben Grund zeigte. Am Mons veneris bestanden zwei linsengrofse Geschwüre, deren Umgebung mehrere Millimeter weit gerötet und infiltriert war; das dorsale Lymphgefäfs verdickt; beiderseits indolente Inguinaldrüsen. Ende November 1893 sah man an Stelle der Geschwüre pigmentierte, derbe Narben; Kubitaldrüsen vergröfsert; an den Tonsillen speckiger Belag; weicher Gaumen scharf umschrieben gerötet; an der Zungenspitze eine gelblich belegte Plaque; an Brust, Bauch, Rücken, Vorderarmen dicht gedrängte, linsengrofse, etwas elevierte, blafsrote Efflorescenzen; Corona venerea. Die typische Reihenfolge, der recente Charakter der Affektion, nachdem bereits im Jahre vorher Periostitis aufgetreten, sprechen für Reinfektion.

Die Reinfektio hat schon Ricord bekämpft, ebenso Bärensprung, Sigmund, Hebra; letzterer erklärte die Syphilis als unheilbar. Zahlreiche Fälle haben aber die Möglichkeit luetischer Reinfektion bewiesen, dennoch sei ein so genau kontrollierter Fall, wie der vorgestellte, selten. Solche Fälle beweisen gerade die Heilbarkeit der Syphilis. Die Thatsache, dafs bei der Reinfektion die folgenden Allgemeinerscheinungen sehr milde sind, bestätigt sich auch in diesem Falle. Die Immunisierung ist eben keine absolute mehr, sondern eine relative, wie bei der Variola. Gegen diese Auffassung wird eingewendet, dafs bei bestehenden tertiären Symptomen eine Reinfektion möglich ist. So zeigte Ducrey einen Fall, in dem neben gummösen Geschwüren der Kopfhaut und multiplen Narben eines tuberösen und ulcerösen Syphilides eine Sklerose am rechten Labium, allgemeine Lymphadenitis und ein universelles Syphilid bestanden, später auch Schleimpapeln am weichen Gaumen hinzukamen. Die erste Infektion war 17 oder 18 Jahre früher erfolgt. Der Vortragende hat selbst zwei ähnliche Fälle gesehen. Diese Fälle beweisen aber nur, dafs gewisse luetische Symptome nicht mehr eigentliche Produkte des syphilitischen Virus sind, sondern nur lokale Krankheitsprozesse darstellen. Ferner beweist der Fall, dafs eine einmalige Kur Heilung bringen kann, was gegen die Fourniersche chronisch-intermittierende Syphilisbehandlung spricht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Diagnostik des syphilitischen Schankers, von Prof. Fournier. (*La France méd.* 5. Mai 1893.) Ein syphilitischer Schanker mufs erstens charakteristische Eigenschaften besitzen, zweitens von Lymphdrüsenschwellungen begleitet sein. Die klinischen Zeichen des Schankers sind:

1. Die Gewebsalteration hat mehr das Aussehen einer Erosion als einer Ulceration; letztere ist ganz minimal. Wenn Patienten von einer Hautabschilferung an den Genitalien berichten, so mufs man der Angabe grofse Aufmerksamkeit schenken, da es sich leicht um einen syphilitischen Schanker gehandelt haben kann.

2. Die Läsion ist eine diffuse ohne scharfen Rand.

3. Das Geschwür ist glatt und eben.

4. Die Farbe ist grau oder zeigt die Farbe der Skelettmuskulatur.

5. Die spezifische Induration mufs vorhanden sein.

Die Lymphdrüsenschwellung ist ausgezeichnet

1. durch Mangel jedes Zeichens von Entzündung,
2. durch Schmerzlosigkeit,
3. dadurch, dafs mehrere, geschwollene Drüsen fühlbar sind, die nicht ineinander übergehen.

Unter 100 Fällen kann man auf Grund dieser Zeichen 99 mal die Diagnose auf Syphilis stellen. Ist der Schanker durch Kauterisation etc. in seiner Beschaffenheit so verändert, dafs er nicht mehr charakteristisch ist, und verhalten sich, was vorkommen kann, die Lymphdrüsenschwellungen anders als gewöhnlich, dann existieren noch drei Hülfsmittel für die Diagnose:

1. die Dauer der Inkubation,
2. die Impfung,
3. die Ermittelung der inficierten Person.

ad 1. Die Inkubation des luetischen Schankers beträgt 14—40 Tage; wo mit Sicherheit eine kürzere Inkubation nachgewiesen werden kann, ist das Geschwür kein syphilitisches.

ad 2. Die Impfung, die natürlich nur auf den Patienten selbst erfolgen kann, beweist nur bei positivem Erfolge etwas, dann war das Geschwür kein syphilitisches. Bei negativem ist dann noch die Differentialdiagnose zwischen Ulcus syphiliticum, Herpes, Ecthyma und einfacher Erosion zu beachten.

ad 3. Findet man die inficierende Person gesund, dann kann man den Patienten für nicht syphilitisch ansehen; bei positivem Befunde mufs man als absolut sicher und unumstöfslich festhalten, dafs der einfache Schanker (Ulcus molle) niemals einen syphilitischen erzeugt. Natürlich mufs jeder Verkehr mit einer anderen Person ausgeschlossen werden können. Da die Möglichkeit nicht in Abrede zu stellen ist, dafs die inficierende Person mittlerweile geheilt ist, ist auch die Anamnese bei derselben zu erheben und zu beachten.

Die Erkennung eines syphilitischen Geschwürs am 2.—4. Tage ist nicht möglich, die Excision dann ganz unzweckmäfsig; man mufs einfach dem Patienten erklären, dafs man noch nichts bestimmtes sagen kann.

Für die Differentialdiagnose zwischen dem syphilitischen Schanker und einer Hautabschilferung sind zu beachten: 1. die Induration, 2. die Lymphdrüsenschwellung. Letztere ist besonders von Wert, wenn sie beiderseitig ist. Jedoch kann die Induration wie die Lymphdrüsenschwellung durch Ätzung einfacher Erosionen künstlich erzeugt werden. Als solche Ätzmittel sind besonders zu nennen: Alaun, Tannin, Alkohol, Sublimat, Argentum nitricum, Salpetersäure. Man mufs den Patienten daher stets fragen, ob und mit welchem Mittel er schon örtlich behandelt ist.

Die Abgrenzung des Schankers von einem geschwürig zerfallenen Herpes ist oft sehr schwer. Die Multiplicität des Herpes beweist nichts, denn es giebt multiple Schanker und solitären Herpes. Wertlos ist die Beobachtung, dafs der Herpeseruption eine leichte Röte vorangeht. Entscheidend sind aber drei Zeichen:

1. die Lymphdrüsenschwellung,
2. der Grund des Geschwürs,
3. die kreisförmigen und ausgezackten Grenzen desselben.

Der Herpes zeigt nie harte Drüsenschwellungen wie der syphilitische Bubo. Der Grund des herpetischen Geschwürs ist, wenn es nicht durch Caustica gereizt ist, weich und zart. Der Rand des Ulcus durum ist stets regelmäfsig, nie gekrümmt, während das herpetische Geschwür geschlängelte, gezackte Ränder hat, da sie aus Dutzenden platzender Bläschen hervorgehen. Mitunter ist das nur mit der Lupe erkennbar. Zu beachten ist, dafs unter herpetischen Geschwüren ein Ulcus durum

vorhanden sein kann. Herpes, das mufs auch ins Auge gefafst werden, kann durch Allgemeinerkrankungen oder durch lokale Anomalien bewirkt werden. Zu ersteren zählen Fieber, Pneumonie, Typhus abdominalis, geistige Erregungen, ja nur Ärger. Lokale Veranlassungen sind: Blennorrhoe, Vulvitis, Vaginitis, Menstruation. Schliefslich mufs man wissen, dafs der Herpes ein Symptom syphilitischer Infektion sein kann und also in ätiologischer Beziehung dem Ulcus durum gleichgestellt ist. Deshalb kann man beide Affektionen gleichzeitig vorfinden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über zwei Fälle von extra-genitalem Schanker berichtet BARJON in der *Société des Sciences médicales* zu Lyon. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* 1893. S. 356.) In dem einen Fall safs der Schanker bei einem 15jähr. Glasbläser am linken Mundwinkel. Es war dies der 11. Fall von Ansteckung in der nämlichen Fabrik. — Im zweiten Fall hatte der Schanker seinen Sitz auf dem linken unteren Augenlid. Über die Art der Infektion liefs sich hier nichts ermitteln. *Türkheim-Hamburg.*

Klinische Bemerkungen über Schanker der Tonsille mit einer Analyse von 15 Fällen, von L. D. BULKLEY. (*Transactions of the Med. Societ. of the State of New York.*) Die Ursache, weshalb der Schanker der Tonsillen relativ häufig vorkommt, mag darin liegen, dafs das spezifische Virus aus den Krypten der Tonsille nicht leicht durch Speisen und Getränke fortgeschwemmt wird und deshalb Zeit und günstigen Boden findet, sich einzunisten und sich weiter zu entwickeln. In Norwegen kommt diese Lokalisation des extragenitalen Schankers häufiger als an anderen Stellen vor und wird von CAESAR BOECK auf den Umstand zurückgeführt, dafs die Mitglieder ärmlicher Familien nicht selten eins nach dem andern ifst und sich eines und desselben Löffels bedient. Weniger häufig ist die Lokalisation in den Tonsillen auf eine perverse Ausübung des Coitus zurückzuführen.

Unter 2000 Syphilisfällen, die Verfasser während seiner länger als zwanzigjährigen Privat- und poliklinischen Praxis Gelegenheit hatte zu beobachten, befanden sich 111 mit extragenitalem Schanker. Derselbe war in der Mehrzahl der Fälle (49) auf den Lippen, demnächst am häufigsten auf den Tonsillen und an den Fingern (je 15) lokalisiert. Die rechte Tonsille scheint mehr zur Infektion geneigt als die linke. Von den 15 Fällen war in 9 die rechte Tonsille allein, in 3 die linke allein und in 3 beide Tonsillen ergriffen.

Verfasser beschreibt 2 typische Fälle von Schanker der Tonsillen und fafst die Symptome der Krankheit dahin zusammen: Zuerst empfinden die Patienten einen stechenden Schmerz in der affizierten Tonsille und mäfsige Empfindlichkeit beim Schlucken. Die Tonsille schwillt dann ziemlich rapide zu beträchtlicher Gröfse an. Die Oberfläche der Tonsille ist immer sehr gerötet, eine etwaige Ulceration meist unbedeutend. Der Rand der erodierten Stelle ist wenig erhaben und scharf begrenzt. Das Geschwür sondert nur wenig weifsliches Sekret ab. In 10 von den 15 Fällen konnte mit dem mit Karbolvaselin bestrichenen Finger eine deutliche Härte wahrgenommen werden, die anderen 5 kamen zu spät in die Beobachtung des Verfassers.

Im folgenden wird die Differentialdiagnose besprochen.

Die Syphilis, welche sich aus dem Tonsillarschanker entwickelt, nimmt nach den Erfahrungen des Verfassers einen ziemlich schweren Verlauf. Verfasser bespricht die Ätiologie und Therapie. Neben der allgemeinen Behandlung kommen lokal Einstäubungen mit Kalomelpuder, Gurgelungen mit chlorsaurem Kalium in Anwendung.

C. Berliner-Aachen.

Ist die Excision einer Sklerose ein zu rechtfertigender Eingriff? von O. H. REYNOLDS. (*The Americ. Practitioner and News.* XVI. No. 198.) Die Kauterisation der Initialsklerose hat SIGMUND bereits vor 20 Jahren oft mit Erfolg ausgeführt,

vor 10 Jahren empfiehlt Auspitz die Excision der Sklerose. Dennoch wird sie besonders in Frankreich wenig geübt. Sobald die Pathologen die Frage gelöst haben werden, ob die Sklerose bereits der Ausdruck einer Allgemeininfektion ist oder nicht, wird ja die Entscheidung leicht sein. Bis dahin ist diese kleine, gefahrlose Operation, solange die Drüsen intakt sind, auszuführen, da sie zum mindesten einen mächtigen moralischen und psychischen Einfluſs auf den Patienten ausübt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Kniephänomen beim Ausbruch der Syphilis, von Valentin Zaroubine. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1893. S. 840.) Z. hat die von Jarisch und Finger behauptete Verstärkung der Sehnenreflexe beim Beginn der Syphilis einer genauen Nachprüfung unterzogen und sich dabei eines von Alelekoff angegebenen Instrumentes bedient. Nach eingehender Schilderung dieses Instrumentes teilt er seine gefundenen Ergebnisse mit, die mit denen der deutschen Forscher in allen Punkten übereinstimmen. Auch er fand im Beginn der sekundären Syphilis regelmäſsig eine Steigerung der Sehnenreflexe, an die sich ebenso regelmäſsig eine Verminderung der Reflexerregbarkeit anschloſs. Diese ganze Schwankung bis zur wiedererreichten Norm spielte sich in ungefähr drei Wochen ab. Verfasser empfiehlt dies Verhalten in zweifelhaften Fällen als diagnostisches Hülfsmittel. *Türkheim-Hamburg.*

Berichtigungen.

In meinem Referate über „Rückblick auf ein Vierteljahrhundert 1869—1894“ (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XVIII. No. 4. pag. 184) hat der Druckfehlerteufel durch eine orakelhafte Versetzung eines Kommas zu einer Sinnentstellung Anlaſs gegeben. Der Passus mit der richtigen Interpunktion lautet: „Allen diesen Mitarbeitern, unter denen „die Kurpfuscher und die unter dem Deckmantel der Wissenschaft persönliche Reklame treibenden Elemente“, — nicht zum Schaden des Archivs, — fehlten, stattet der Verfasser am Schlusse seines Rückblicks seinen herzlichsten Dank ab.

C. Berliner-Aachen.

In der Arbeit von Dr. Menahem Hodara muſs Seite 210, Zeile 15 statt Schmelzpunkt gelesen werden: Erstarrungspunkt.

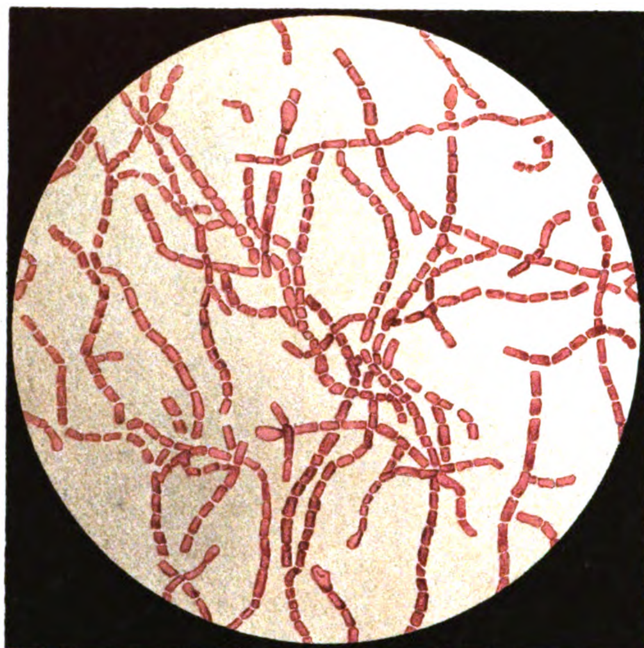


Fig. 1. Tinea imbricata. 650/1.



Fig. 2. Pityriasis



Fig. 4. Erythrasma. 650/1.



Fig. 5. Ekzema seborrhoi

M. Colhoun, fec.

Verlag von Leopold Voss



…s versicolor. 650/1.



Fig. 3. Trichophytia superficialis. 650/1.



…um. **Morokokken.** **650/1.**

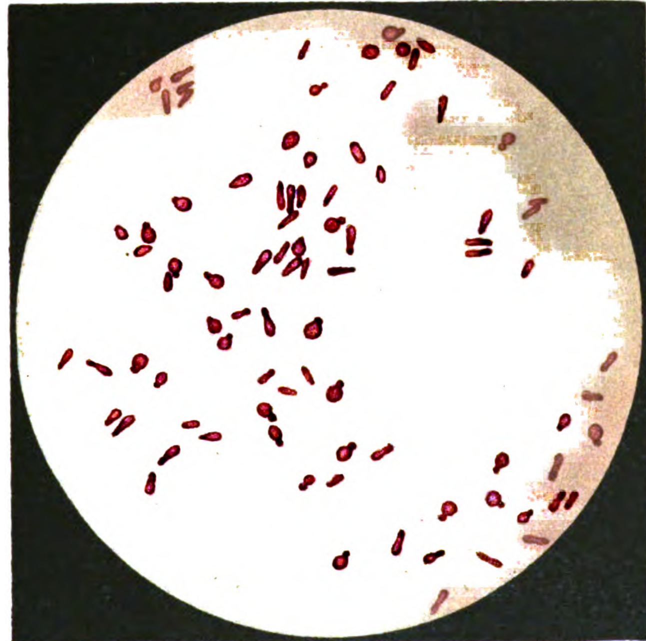


Fig. 6. Ekzema seborrhoicum. Flaschenbacillen. 650/1.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

…n Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. №. 7. 1. April 1894.

Zur Anwendung der UNNAschen Guttapercha-Pflastermulle.

Von

Dr. P. TAENZER,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Bremen.

In der jetzigen Ära neuer Behandlungsmethoden und neuer Medikamente, die wie die Pilze aus der Erde schiefsen, um nach einem verhältnismäfsig recht kurzen, ruhmlosen Dasein der Vergessenheit wieder anheimzufallen, dürfte es wohl gerechtfertigt erscheinen, wenn wir die Aufmerksamkeit wieder einmal auf eine altbewährte, bis jetzt noch unübertroffen dastehende Behandlungsmethode hinlenken, resp. manchen Kollegen wohl gar erst darauf aufmerksam machen. Es scheint dies um so gerechtfertigter, als die Guttapercha-Pflastermulle bereits über ein Dasein von 11 Jahren verfügen und in diesen 11 Jahren sich einen grofsen Kreis von Liebhabern erworben und mancherlei Verbesserungen erfahren haben.

Bereits im Jahre 1887 hatte ich mir vorgenommen, nicht nur meine Erfahrungen, die ich während meiner Assistentenzeit an UNNAS Klinik gewonnen, über die Guttapercha-Pflastermulle zu veröffentlichen, sondern wollte durch möglichste Herbeiziehung der diesbezüglichen Erfahrungen aller praktischen Ärzte dieses Thema vollkommen erschöpfen;[1] allein

[1] Zu diesem Zwecke sandte ich Fragebogen an diejenigen Kliniken und Herren Kollegen, von denen mir bekannt war, dafs sie häufig und mit Vorliebe die UNNAschen Guttapercha-Pflastermulle anwandten, und bat um Auskunft über die Indikationen und Resultate, die mit den Guttapercha-Pflastermullen erreicht worden waren. Es wurde mir von folgenden Herren freundlichst Auskunft erteilt, mit der Ermächtigung, beliebigen Gebrauch davon machen zu dürfen:

Herr Prof. Dr. BAUMGARTEN, Königsberg.
„ Hofrat Dr. CREDÉ, Dresden.
„ Dr. HALLING, Glückstadt.
„ Dr. HÖRMANN, Speyer.
„ Dr. HÜBENER, Frankfurt a. M.
„ Prof. Dr. JANOWSKY, Prag.
„ Dr. MÖLLER, Rudolstadt.
„ Prof. Dr. NEISSER, Breslau.
„ Dr. KUNTZE, Frankfurt a. O.
„ Dr. GEORG MÜLLER, Berlin.
Herr Dr. NEUHAUS, München.
„ Dr. OBERLÄNDER, Dresden.
„ Dr. PACULLY, Ratibor.
„ Dr. PAUSCHINGER, Nürnberg.
„ Dr. POTJAHN, Wermelskirchen.
„ Dr. RUPPERT, Karlsruhe.
„ Dr. SCHÜTZ, Frankfurt a. M.
„ Dr. SCHULZ, Braunschweig.
„ Dr. WALTHER-KRAUSE, Frankfurt a. M.

Den genannten Herren statte ich für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit der sie mir ihre Erfahrungen zur Verfügung gestellt haben, auch an dieser Stelle verbindlichsten Dank ab.

andere Arbeiten und länger andauernde Krankheit machten einen Aufschub notwendig, nicht gerade zum Schaden der vorliegenden Arbeit; denn in den seither verflossenen 6 Jahren haben sich meine Anschauungen über die UNNAschen Guttapercha-Pflastermulle bedeutend erweitert und geklärt, so dafs ich noch manches Gute hinzufügen, anderes aber modifizieren konnte.

Wenn wir uns fragen: „Was sind eigentlich Guttapercha-Pflastermulle?" so giebt uns TROPLOWITZ (25) darauf folgende Antwort: „Guttapercha-Pflastermulle sind mit dem Minimalvolumen einer Guttaperchaschicht haltbar gemachte Mullgewebe, auf deren Guttaperchafläche Arzneistoffe in feinster Verteilung mit dem gerade erforderlichen Minimum körpergebender und zugleich klebender Masse gleichzeitig aufgetragen sind." Also: feinste, wasserdichte Verbandsunterlage mit einster Schicht von Klebestoff und feinster quantitativer Verteilung des Arzneistoffes!

Es leuchtet ein, dafs sich aus dieser fein durchdachten und ebenso fein ausgeführten Anordnung des Vehikels und Medikamentes vielerlei Vorzüge vor anderen Pflastern, Pflastermullen, Collemplastern u. s. w. ergeben. Vor allem ist bei letzteren die durch eine Mullschicht gefestigte Guttaperchaunterlage der Guttapercha-Pflastermulle durch einen Leinwand- resp. Shirtingstreifen ersetzt; und wenn auch frisch bereitete Leinwand-Pflastermulle eine ebenso intensive Wirkung zu entfalten vermöchten (was jedoch nicht der Fall ist) wie die Guttapercha-Pflastermulle, so ergiebt sich doch der Übelstand, dafs die Wirkung eine um so schwächere ist, je älter der Leinwand-Pflastermull ist, denn gerade die Guttaperchaschicht verhindert ein Austrocknen der Pflastermasse, während die Leinwandschicht, auch wenn sie sich mit Pflastermasse noch so vollgesaugt hat, durch den Zuzug der atmosphärischen Luft die Pflastermasse der allmählichen Austrocknung anheimgiebt, d. h. an Klebekraft Einbufse erleidet, resp. leicht zersetzliche und flüchtige Medikamente (Pyrogallol, Argentum nitricum, Jod-Jodkalium, Jodoform und Kreosot) der Zersetzung und Verflüchtigung leichter unterwirft. In meinem Besitze befindet sich jetzt noch eine Reihe von Guttapercha-Pflastermullen, welche Herr Beiersdorf mir im Jahre 1887 zu Versuchszwecken zur Verfügung stellte und die jetzt, nach sieben Jahren, noch dieselbe Klebkraft besitzen, wie zur Zeit ihrer Anfertigung. Auch die Wirkung hat nicht gelitten, wie ich mich erst neulich bei mehreren dieser Präparate überzeugen konnte. Es erfolgt daraus eine beinahe **unbegrenzte Haltbarkeit** der meisten Guttapercha-Pflastermulle. Man hat nur darauf zu achten, dafs dieselben kühl und trocken aufbewahrt werden; Blechhülsen sind bei den meisten Präparaten gar nicht nötig, denn die obenerwähnten aus dem Jahre 1887 stammenden Guttapercha-Pflastermulle wurden nur in den zu dieser Zeit

üblichen Papiersäcken aufbewahrt und lagen in meinem Instrumentenschranke. Man wird nicht fehlgreifen, wenn man den mittleren Durchschnitt der Haltbarkeit der Guttapercha-Pflastermulle auf 4—5 Jahre bemifst.

Nur für die bereits oben benannten Arzneistoffe ist dieselbe eine geringere, die jedoch in der leichteren Zersetzlichkeit der betreffenden Arzneikörper ihre Ursache hat. Andere Präparate wieder scheinen durch das Alter eher gewonnen zu haben. Denn nach sieben Jahren hatte die Klebkraft wie die Wirkung derselben eher zu- als abgenommen, wie z. B. bei Arseniger Säure, Veratrin, Hyoscyamus, Chloralhydrat. Wieder andere Guttapercha-Pflastermulle haben zwar bei längerer Aufbewahrung eine Zersetzung ihrer Arzneikörper durch die allmähliche Einwirkung des Lichtes und der Luft erlitten, ohne dabei an Wirksamkeit eingebüfst zu haben. Als hierher gehörig bezeichne ich den Pyrogallol-Guttapercha-Pflastermull, der trotz seiner schwarzen Verfärbung noch eine ganz intensive Wirkung zu entfalten vermag. Eine weitere Gruppe von Guttapercha-Pflastermullen (flüchtige Arzneikörper enthaltend) hat zwar trotz längerer Aufbewahrung ihre Klebkraft behalten, aber infolge der Flüchtigkeit der Arzneikörper die Wirkung verloren; es sind dies Jodoform und Kreosot. Um eine längere Haltbarkeit dieser Präparate zu ermöglichen, werden dieselben aufser in einer doppelten Wachspapierumhüllung noch in doppeltes Staniol eingepackt.

Mit wenigen Ausnahmen sind also die Guttapercha-Pflastermulle durch eine Reihe von Jahren unbeschadet ihrer Wirksamkeit und Klebekraft haltbar. Ich bin der festen Überzeugung, dafs eine derartig lange Haltbarkeit nur in der wasserdichten Guttaperchaschicht, deren braune Farbe aufserdem die chemischen Strahlen auf die Medikamente nicht einwirken läfst, begründet ist, da die Schicht eben alle schädlichen zersetzenden Einflüsse der atmosphärischen Luft und des Lichtes fernhält, ebenso wie sie nach Applikation auf die Haut eine Zersetzung der Hautsekrete hintanzuhalten vermag.

Der letzterwähnte Umstand, nämlich Abschlufs der atmosphärischen Luft von der Haut, hat noch einen zweiten Vorteil, nämlich die **Macerierung der Oberhaut** unter den mit Guttapercha-Pflastermull bedeckten Stellen, weil eine Verdunstung der Hautfeuchtigkeit an diesen Stellen vollkommen aufgehoben ist. Es wird sich also der Wasserdampf, welcher sonst in gasförmigem Zustande durch die Haut ausgeschieden wird, jetzt als Wasser in der Oberhaut ansammeln. Die Folge dieses Feuchtigkeitsreichtums ist selbstverständlich eine Aufquellung und Lockerung der Hornschicht, und dadurch ist wieder eine bessere Einwirkung des im Guttapercha-Pflastermull enthaltenen Medikamentes gegeben; die Wirkung ist eine um so intensivere, je länger die impermeable Guttaperchaschicht

eingewirkt hat, mit anderen Worten, je tiefer die Aufquellung der Hornschichten vor sich gegangen ist. Wir erhalten also bei den Guttapercha-Pflastermullen die fernere gute Eigenschaft der **gröfsten Tiefenwirkung bei möglichst geringer Prozentuierung des Arzneikörpers in möglichst kurzer Zeit.**

Das Minimum sowohl in der Dicke der Guttaperchaschicht wie in der Pflastermasse, die jetzt nur aus Kautschuk und Adeps lanae besteht und daher absolut reizlos wirkt, im Verein mit der feinsten Verteilung der Arzneimittel machen die Guttapercha-Pflastermulle zu einem so dünnen Ganzen, dafs dieselben allen Konvexitäten und allen Konkavitäten der Körperoberfläche sich anschmiegen kann, ohne dafs bei Bewegung der betreffenden Hautpartie eine Verlagerung oder Aufbauschung des Guttapercha-Pflastermulles einzutreten braucht. Ja, sogar an den Stellen der Haut, wo bei der gröfsten Dünne die feinste und zahlreichste Fältelung vor sich geht, nämlich an den Augenlidern, können die Unnaschen Präparate ohne Behinderung der Beweglichkeit der Haut und unbeschadet des festen Sitzes angewendet werden. Mit einem Pflaster von starkem Dickendurchmesser ist dies selbstverständlich nicht zu erreichen, und wenn man ein solches auch an einer derartigen Stelle in Anwendung ziehen kann, so ist doch ein leichter Druck bei Verminderung des Lidspaltes nicht ohne gewisse Gêne. Also dürfen wir ferner verzeichnen: **Vorzügliche Anpassung an alle Körpergegenden (konvexe und konkave)** infolge einer überaus grofsen Schmiegsamkeit.

Wenn ein Guttapercha-Pflastermull fest auf der Hand anhaftet, ohne sich zu verschieben, oder derartig fest schliefst, dafs die Pflastermasse oder das Medikament nicht durch seine Unterlage durchdringen kann, so erhalten wir eine **Behandlungsmethode von grofser Sauberkeit.** Gerade dies ist ein nicht zu unterschätzender Vorteil anderen Präparaten gegenüber. Denn wenn wir z. B. einen Kranken mit circumskripter Psoriasis oder einem hartnäckigen umschriebenen Ekzem mit Chrysarobin oder Pyrogallol zu behandeln gezwungen sind, so mufsten wir früher vor der Zeit der Guttaperchamulle ganz besondere Mafsregeln zum Schutze der Leib- und Bettwäsche, sowie auch der gesunden Hautpartien ergreifen. Heutzutage legt man einfach ein der erkrankten Hautstelle entsprechend zugeschnittenes Stück Chrysarobin-Guttapercha-Pflastermull auf und läfst den Kranken ruhig seinen Geschäften nachgehen. Nur an solchen Stellen, wo die Haut einem fortwährenden Maximum von Ausdehnung abwechselnd mit Zusammenziehung unterworfen ist, z. B. der Ellenbogen- und der Kniegegend, wird man den Guttapercha-Pflastermull im Interesse guter Adaption noch mit Überleimung auch eines Stückes der Umgebung fixieren. Man ist dann sicher, dafs durch die häufige Bewegung der betreffenden Hautpartien der Guttapercha-Pflastermull seine Lage nicht verändert.

Eine solche Lageveränderung hätte nicht nur den Nachteil, dafs die kranke Stelle des heilungspendenden Medikamentes entbehrt, sondern auch noch den Übelstand, dafs der verschobene Guttapercha-Pflastermull nun seine Wirkung auf die gesunde Haut entfaltet und dadurch eine unerwünschte Reizung hervorruft, die manchmal recht unangenehm werden kann. Es ermöglicht daher die Anwendung der Guttapercha-Pflastermulle infolge der ausgezeichneten und unübertroffen dastehenden Klebekraft und Schmiegsamkeit eine **circumskripte, intensive Wirkung bei Schutz der Umgebung vor medikamentösen Reizen.** Aber nicht nur die Umgebung wird vor der unerwünschten Arzneiwirkung geschützt, nein, sogar die kranke Stelle selbst erfährt durch die Bedeckung mit Guttapercha-Pflastermull einen **Schutz vor mechanischen Reizen,** z. B. der Reibung durch die Kleider oder sich gegenseitig berührende Hautflächen. Was das besagen will, weifs derjenige am besten zu schätzen, der einmal an Furunkulose des Nackens gelitten hat und die fortwährende Reibung des Halskragens hat aushalten müssen.

Die drei letztgenannten Punkte, Sauberkeit des Verfahrens, Schutz der gesunden Haut vor der chemischen Einwirkung und Schutz der erkrankten Stellen vor mechanischen Reizen ermöglichen für viele Fälle **eine ambulante Behandlung, resp. sogar Erwerbsfähigkeit,** die sonst ausgeschlossen wäre. Wenn z. B. ein Arbeiter, ein Schreiber oder ein Kaufmann an einem chronischen Ekzem der Handrücken leidet, wo man doch nur etwas erreicht, wenn die kranken Stellen fortwährender Einwirkung der betreffenden Arzneimittel unterzogen werden, so wurde früher eingesalbt oder eingepinselt, resp. feuchte Umschläge in Anwendung gezogen; dafs man mit einer derartig behandelten Hand, selbst wenn ein genau schliefsender Verband darum gelegt wird, nicht arbeiten, schreiben oder im Laden bedienen kann, ohne die angerührten Gegenstände zu beschmutzen, abgesehen davon, dafs der Verband bald in einen nichts weniger als anmutigen Zustand geraten würde, wird jedem Denkenden wohl einleuchten. Würde der Kranke dennoch seinen Geschäften nachgehen, so würde dies nur auf Kosten der schnellen Heilung zu erreichen sein. Am besten fuhr man noch, wenn man die Medikamente in Collodium oder Traumaticin auflöste und aufpinselte. Allein beide Vehikel hatten den Nachteil, dafs sie die Farbe der Medikamente durchschimmern liefsen (z. B. Pyrogallol, Chrysarobin); das Collodium besafs ferner noch die unangenehme Eigenschaft, dafs es rissig wurde und an den Stellen, wo die Risse auftraten, auch die Haut rissig machten; es entstanden zum Teil recht schmerzhafte Rhagaden.

Wie entzückt ist man dann, wenn man ein Mittel gefunden, was alle Vorzüge der bisher bekannten Methoden in sich vereinigt, ohne auch nur einen einzigen Nachteil derselben aufzuweisen. Und dies Mittel besitzen

wir in der That im Guttapercha-Pflastermull! Wir applizieren also bei dem chronischen Handekzem ein entsprechendes Stück Chrysarobin-, Teer-, Pyrogallol- oder Salicylsäure-Guttapercha-Pflastermull, und der Kranke verrichtet seine Schreiber- oder Arbeiterdienste, ohne befürchten zu müssen, daſs sein Verband sich verschiebt oder beschmutzt, daſs die berührten Gegenstände mit Salben oder Flüssigkeiten befleckt werden, oder daſs er sich eine Chrysarobinconjunctivitis zuzieht, die ja bei Verwendung von Collodium oder Traumaticin nicht ausgeschlossen ist, oder daſs seine Hand von schmerzhaften Rhagaden durch das Einreiſsen des Collodiums Verminderung der Gebrauchsfähigkeit erleidet.

Jessner (37) verlangt von einem guten Pflastermull auſser den anfangs erwähnten Eigenschaften, daſs er unerwärmt gut klebt. Das ist bei den Guttapercha-Pflastermullen selbstverständlich! Ein Erwärmen würde schon aus dem Grunde ausgeschlossen sein, weil ein klein wenig zu viel Hitze ein Zusammenschnurren der Guttaperchaschicht zur Folge haben würde. Manche Guttapercha-Pflastermulle allerdings, z. B. diejenigen, die pulverförmige Arzneistoffe von spezifisch leichtem Gewicht in hoher Konzentration enthalten, wie Salicylsäure 50%, entfalten ihr Maximum von Klebkraft erst dann, wenn sie längere Zeit mit der Körperoberfläche in Berührung gewesen sind, also die Körperwärme angenommen haben.

Ferner stellt Jessner als unerläſslich für eine allgemeine Anwendung der Pflastermulle hin, daſs der Preis derselben kein allzuhoher sei. Es ist ja selbstverständlich, daſs eine Guttaperchaunterlage, die durch eine aufgewalzte Mullschicht widerstandsfähiger gemacht ist, im Preise etwas höher zu stehen kommt, als eine einfache Shirtingunterlage von derselben Gröſse; und in der That fällt eine Vergleichung der Preise der Guttapercha-Pflastermulle mit denen ähnlicher oder als Ersatz empfohlener Präparate zu Ungunsten der ersteren aus; der Unterschied ist aber ein so minimaler, daſs er bei Teilmetern, um die es sich in der Praxis doch fast immer handelt, kaum ins Gewicht fällt, insbesondere nicht, wenn man die erhöhte Wirkung der Guttapercha-Pflastermulle in Betracht zieht.

Seit einer Reihe von Jahren haben die Unna-Beiersdorfschen Guttapercha-Pflastermulle eine Reihe von kleinen **technischen Verbesserungen** erfahren, die hier zu erwähnen wohl am Platze sein dürfte. Es stellte sich früher heraus, daſs, wenn ein Stück irgend eines Guttapercha-Pflastermulles angeschnitten worden war, also seinen Anfangsteil verloren hatte, das Abziehen der Schutzgaze bei stark klebenden Guttapercha-Pflastermullen mit gewissen Schwierigkeiten verbunden war, indem die erstere nur am Anfangsteil den Pflastermull überragte, an den übrigen drei Seiten aber zugleich mit dem letzteren abschnitt und so fest an demselben haftete, daſs man sie nur mit einem spitzen Instrumente, z. B.

einer Nadel oder dem spitzen Scherenblatte abheben konnte. Neuerdings nun werden die Guttapercha-Pflastermulle derart hergestellt, daſs die Schutzgaze den Guttapercha-Pflastermull an allen vier Seiten überragt, man also an jeder Stelle eine Handhabe zur leichten Entfernung der Schutzgaze besitzt.

Als eine weitere Verbesserung zu betrachten ist die an beiden Enden der Schutzgaze **aufgedruckte Bezeichnung** des medikamentösen Inhaltes der Guttapercha-Pflastermulle, so daſs man, wenn man mehrere dieser Präparate aus ihren Umhüllungen genommen hat, dieselben auf ihren Inhalt hin nicht mehr verwechseln kann, wie es früher nur allzuleicht passierte, namentlich in Polikliniken, wo die gleichzeitige Inanspruchnahme mehrerer Guttapercha-Pflastermulle nicht zu den Seltenheiten gehört.

Ferner hat, seitdem die Anwendung von ölsaurer Thonerde zur Herstellung der Klebemasse verlassen und an ihrer Stelle Adeps lanae verwendet worden ist, die Klebekraft um ein ganz Bedeutendes zugenommen, so daſs die heutigen Guttapercha-Pflastermulle unstreitig auf der Höhe der technischen Vollendung stehen, und es ist leicht einzusehen, daſs Äuſserungen wie die folgenden nicht aus übertriebenem Enthusiasmus gethan wurden, sondern ihre vollkommene Berechtigung haben. Es schreibt:

Herr Prof. JANOWSKY-Prag: „Es ist durch diese Guttapercha-Pflastermulle gewiſs alles erreicht, was wir von einem Dauerverbande wünschen können, ohne daſs — was unendlich wichtig ist — unangenehme Nebenerscheinungen zu Tage treten würden“. . . . . „Ich will gleich von vornherein bemerken, daſs meine Erfahrungen mich zu dem Ausspruche führen, daſs man die UNNAschen Mullpräparate als eine höchst wichtige und bleibende Bereicherung der Applikationsmethoden von Medikamenten auf die Haut ansehen muſs, ja daſs dieselben in einzelnen angegebenen Fällen von keinen der bis jetzt bekannten Arzneiapplikationsmethoden übertroffen werden“.

Äuſserungen ähnlichen oder gleichen Inhalts liegen noch vor von den Herren Kollegen NEUHAUS-München, POTJAHN-Wermelskirchen, SCHULZ-Braunschweig u. a., allein ich möchte nicht den mir zu Gebote stehenden Raum überschreiten oder gar die Leser mit Wiederholungen langweilen.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen gehe ich nun zur Schilderung der **Applikationsweise der Guttapercha-Pflastermulle** über, um danach zu den speziellen Indikationen zu kommen, in denen Guttapercha-Pflastermulle mit Vorteil verwendet zu werden pflegen.

Will man von einem Guttapercha-Pflastermulle Gebrauch machen, so ist vor allem notwendig, daſs das zu behandelnde Hautgebiet von allem auf demselben etwa haftenden Schmutz, Sekret, Borken, Krusten, Schuppen, oder von Haaren gesäubert wird. Die Haare sind durch Rasieren am

besten, weniger gut durch Kürzen mit der Schere zu entfernen, schon aus dem Grunde, weil das Entfernen des Guttapercha-Pflastermulles von behaarten Stellen durch Zerren an den Haaren sehr schmerzhaft ist; außerdem verhindern zahlreich vorhandene Haare den innigen Kontakt der Haut mit dem zu applizierenden Guttapercha-Pflastermull. Schuppen entfernt man am leichtesten durch Aufweichen mit Öl, brauner Seife, oder auch mit beiden zu gleichen Teilen mit nachfolgender Abwaschung resp. Verseifung der aufgetragenen Sachen. Die Krusten und Borken entfernt man auf dieselbe Weise oder durch feuchte Kompressen von Bor-, Salicyl-, Karbol- oder Sublimatlösung. Es ist ratsam, eine antiseptische Flüssigkeit zu wählen, weil unter den Borken die Ansammlung der Mikroorganismen eine sehr reichliche ist und daher eine besonders peinliche Reinigung erfordert. Nach Losweichung der Borken werden etwa vorhandene Sekrete durch Abseifung der erkrankten Flächen entfernt und nach peinlicher Abtrocknung der Guttapercha-Pflastermull sofort aufgelegt. Erwähnen will ich hier gleich, daß bei absondernden Hautflächen das Wechseln des Guttapercha-Pflastermulles häufiger zu geschehen hat, als bei trockenen. Am besten thut man, wenn man bei starker Sekretion früh, mittags und abends den Verband erneuert, bei nachlassender Absonderung genügt eine morgendliche und abendliche Erneuerung; geht dieselbe noch weiter zurück und ist sie minimal, so bedarf es nur eines einmaligen täglichen Wechsels. Steht die Sekretion ganz, hat man also eine trockene Fläche vor sich, so kann man je nach der Art des Medikamentes, der Empfindsamkeit der Haut und der Lockerung des Guttapercha-Pflastermulles alle 3—4 Tage zur Erneuerung schreiten.

Vor der Applikation des Pflastermulles muß die demselben anhaftende Schutzgaze entfernt werden, welche nur den Zweck hat, ein Zusammenkleben des Mulles mit seiner Rückseite beim Zusammenlegen, resp. Aufrollen zu verhindern. Infolge der obenerwähnten Neuerung der überstehenden Ränder der Schutzgaze an allen Seiten des Guttapercha-Pflastermulles ist dies mit keinen Schwierigkeiten mehr verbunden. Klebt bei einem Präparate die Gaze zu fest auf ihrer Unterlage, so daß man beim Abziehen ein Zerreißen des Mulles befürchtet, so befeuchtet man zweckmäßig die Schutzgaze durch Bestreichen mit einem nassen Schwamm oder Wattebausch und entfernt dieselbe dann erst. Naß gemacht, läßt sie sich mit Leichtigkeit von der Unterlage ablösen.

Ein Loslösen der Pflastermasse von der Unterlage ist nur bei einem Präparate zu befürchten, dem Bleipflaster - Guttapercha - Pflastermull. Es läßt sich ebenfalls durch Befeuchten der Schutzgaze vermeiden und kommt nur bei länger liegenden Stücken vor.

Will man auf eine vorher dem Curettement unterzogene Hautfläche Guttapercha-Pflastermull auflegen, so ist eine vorherige exakte Blutstillung

unerläſslich, um denselben mit allen Teilen der ausgelöffelten Hautstelle in Berührung zu bringen. Ganz vorzüglich wird dieser Zweck erreicht, wenn man auf den aufgelegten Guttapercha-Pflastermull noch einen Wattebausch aufdrückt und diesen mit einer Binde befestigt.

Im allgemeinen ist die Befestigung mit Binden durchaus entbehrlich und wird, je länger der Guttapercha-Pflastermull liegt, desto überflüssiger aus bereits erwähnten Gründen. Allein bei einigen ebenfalls oben erwähnten Präparaten (z. B. 50% Salicylsäure s. S. 306) wird die Klebekraft durch hohe Prozentuierung des pulverförmigen Arzneikörpers herabgesetzt, und muſs man anfangs, bis der Mull von der Hautoberfläche vollkommen erwärmt ist, eine Binde in Anwendung ziehen, falls man nicht vorzieht, den Mull bis zur völligen Erwärmung mit der Handfläche auf die erkrankte Haut anzudrücken. Janówsky zieht einen Trikotschlauch zu dem Zwecke vor, wo die Körpergegend dies gestattet. Einfacher noch, weil für alle Körpergegenden anwendbar, ist die Befestigung mit Unnas im heiſsen Wasserbade flüssig gemachtem Zinkleim,[2] der nicht bloſs auf den Guttapercha-Pflastermull, sondern auch ein gutes Stück auf dessen Umgebung aufgetragen und beim Erkalten mit Watte betupft wird. Eine derartige Überleimung empfiehlt sich im Interesse einer schnellen Heilung an allen solchen Stellen, an denen die Haut in Ausdehnung und Zusammenziehung groſsen Schwankungen unterliegt, namentlich an Ellenbogen und Knien. Hier wird man sich mit einer einfachen Überleimung des Guttapercha-Pflastermulles und seiner Umgebung nicht begnügen, sondern den Leim in Form eines Ringes um das Knie oder den Ellenbogen ziehen. Es ist dann ein Loslösen resp. Verschieben des Guttapercha-Pflastermulles auch durch die gröſstmöglichsten Exkursionen der Haut vollkommen ausgeschlossen. Ein weiterer Grund, den Guttapercha-Pflastermull zu überleimen, ist bereits oben erörtert worden und besteht darin, daſs man die Wäsche vor dem Beflecken mit Medikamenten zu schützen sucht; es ist hier eine Überleimung zwar nicht unbedingt notwendig, indessen kann man der Sicherheit wegen sich dieser kleinen Mühe gerne unterziehen.

Ferner wird man die Überleimung in Betracht ziehen bei Kindern, die sehr unruhig liegen, sich häufig kratzen und reiben. Auch der bestklebende Guttapercha-Pflastermull wird durch anhaltendes Kratzen verschoben, daher muſs man durch besondere Vorsichtsmaſsregeln dem vorzugreifen suchen.

Was nun die Dauer der Anwendung der Guttapercha-Pflastermulle betrifft, so hängt dieselbe von mancherlei Umständen ab, nicht in

[2] ℞ *Zinci oxydati* 20,0
Gelatinae alb.
Glycerini āā 12,5
Aq. 55,0

letzter Linie von der Art der zu behandelnden Affektion. Je chronischer ein Hautleiden, desto chronischer wird auch die Behandlung ausfallen müssen. Man kann die letztere jedoch verkürzen durch die Intensität der Behandlung. Eine intensivere medikamentöse Behandlungsmethode als die mit Guttapercha-Pflastermullen giebt es nicht. Daraus folgt also, dafs namentlich bei sehr chronischen Leiden diese Behandlungsmethode am Platze ist, und zwar ist dieselbe meist so lange fortzusetzen, bis das Hautleiden zum Schwinden gebracht worden ist. Eine Unterbrechung in dieser Behandlung tritt nur dann ein, wenn sich Reizerscheinungen zeigen. Dieselben offenbaren sich durch immer stärker werdendes Jucken und Brennen bis zur schliefslichen Unerträglichkeit und enden, wenn mit der Behandlung nicht ausgesetzt wird, mit Blasenbildung und Nässen wie bei jeder artificiellen Dermatitis. Diese Reizerscheinungen kommen jedoch bei sorgfältiger Beobachtung nicht vor. Ein gelindes Brennen wird sich bei stärker wirkenden Guttapercha-Pflastermullen (Salicylsäure, Pyrogallol, Chrysarobin) gewöhnlich im Anfange der Behandlung einfinden und ist, wenn es sich nicht steigert, belanglos. Nur bei Idiosynkrasien oder allzulange fortgesetzter Behandlung gegen die betreffenden Medikamente wird sich eine Steigerung desselben einstellen, und mufs man dann die Behandlung vorläufig aussetzen, vorausgesetzt, dafs man durch die Guttapercha-Pflastermulle keine Zerstörung des erkrankten Gewebes (wie beim Lupus) oder eine Hautreizung (wie bei Ischias, Rheumatismus etc.) erreichen will.

Die Entfernung der auf der Haut zurückbleibenden Pflastermasse geschieht am besten durch Abwischen mit einem in Benzin getauchten Wattebausch. Benzin ist für die Haut vollkommen indifferent und löst die Pflastermasse vollständig auf.

Ist das Hautleiden unter dem Pflastermull gänzlich abgeheilt, so verwendet man zur Nachbehandlung am besten noch eine indifferente Salbe oder eine Einleimung mit Zinkleim, welche die unter dem Guttapercha-Pflastermull sehr zart und empfindlich gewordene Haut gegen die austrocknende Luft schützt und einer schnellen Glättung entgegenführt.

Selbstverständlich fallen bei Anwendung der Guttapercha-Pflastermulle die allgemeinen hygienisch-diätetischen Regeln ebensowenig weg, wie bei jeder anderen Behandlung. Man hat auch hier Rücksicht zu nehmen auf die Konstitution des Kranken, Besserung des Allgemeinbefindens durch eine roborierende resp. diätetische Behandlung, Hebung von Genital- und Menstrualleiden, Entfernung von äufserlichen, schädlichen Momenten, (z. B. feuchte Wohnungen, schlechte Luft), Fernhaltung von Gemütsaffekten bei nervösen Personen, Störungen in der Verdauung u. s. w.

Spezielle Indikationen.

Selbstverständlich ist es nicht möglich, an dieser Stelle alle vorhandenen Kompositionen abzuhandeln. Ich begnüge mich daher mit

den am meisten gebräuchlichen Arten und beginne mit dem gewöhnlichen

1. **Heftpflastermull** (**Emplastrum adhaesivum**), auf Guttapercha-Pflastermull.

Derselbe dient wie das gewöhnliche Heftpflaster zur Fixation bei allen kleineren Verbänden, z. B. den LISTERschen Borlintverbänden bei Ulcus cruris, oder zur Fixation des Jodoforms bei Geschwüren (wenn man nicht lieber gleich den Jodoform - Pflastermull vorzieht), z. B. bei Bubonen, oder als Entspannungsverband bei Fufsgeschwüren durch dachziegelförmiges Übereinanderverlegen der Streifen, zur Festlegung von Drains oder Verweilkathetern.

Die Vorteile dieses Heftpflastermulles sind aufser den bereits oben genannten noch die absolute Reizlosigkeit. Gewöhnliche Heftpflasterverbände machen bei längerem Verweilen gewöhnlich unangenehme Reizerscheinungen.

Bei Hyperkeratosen und Parakeratosen ist seine Wirkung eine langsam macerierende, viel geringer als die des Salicyl- oder Resorcin-Pflastermulles. Daher kann er bei sehr empfindlichen Individuen auch an Stelle der letztgenannten Präparate Verwendung finden.

Will man Streckverbände, oder Verbände nach Art derjenigen anlegen, welche UNNA mit doppelköpfiger Binde bei Fufsgeschwüren anwendet, so mufs man das Präparat mit stärkerer Grundlage (Segelleinen) verwenden, welches einen aufserordentlich starken Zug auszuhalten vermag, vorzüglich klebt und ebenfalls absolut reizlos bei längerem Liegenbleiben wirkt.

2. **Acidum boricum.** Seine Verwendung findet hauptsächlich bei kleineren und oberflächlicheren Verletzungen, Rhagaden der Hände, der Mundwinkel und Lippen während des Winters, bei leichten, umschriebenen Ekzemstellen und bei solchen Ekzemen, die keine Salicylsäure etc. vertragen. HOFFMANN (12) verwendet es viel bei Fufsgeschwüren mit verdickten Rändern, indem er den Guttapercha-Pflastermull so lange cirkulär umlegt, bis die Haut erweicht ist; alsdann bedeckt er nur noch den Geschwürsgrund damit. Etwaige aufschiefsende Granulationen müssen mit schwacher Argentum - nitricum-Lösung unterdrückt werden.

Eine vorügliche Wirkung wird ihm auch bei Decubitus nachgerühmt. Zwar keinen spezifischen Heilerfolg, wohl aber eine vorzügliche schmerzlindernde und Spannung nehmende Wirkung rühmt ihm Dr. SCHULZ bei Erysipel des Gesichtes nach, indem die Kranken sofort nach der Applikation Erleichterung fühlten.

3. **Acidum salicylicum.** Dasselbe kommt in allen möglichen Stärken vor, von 0,25—50,0 g pro Meter. Je nach der Empfindlichkeit der Haut,

dem Alter des Patienten und der Art der Affektion wird man unter diesen vielen verschiedenen Stärkegraden zu wählen haben; den Herren Kollegen, die die Salicylsäure in dieser Form noch nicht verwandt haben, ist anzuraten, mit einem schwachen Pflastermull zu beginnen, etwa 5,0 oder 10,0 g pro Meter, und erst dann zu einem stärkeren überzugehen, wenn die Haut des Kranken eine Steigerung noch zuläfst. Bei den Hyperkeratosen, den starken Schwielen der Handflächen und Fufssohlen, den syphilitischen Keratosen an denselben Stellen, die meist mit Rhagaden verbunden sind, bei kallösen Verdickungen, bei Clavis, bei warzigen und keratoiden Ekzemen, bei Keratoma plantare et palmare hereditarium, bei starken Infiltrationen kann man sich schon die Anwendung eines stärkeren Pflastermulles (etwa 20—50 g pro Meter) gestatten; man hat dabei den Vorteil, dafs man schneller zum Ziele kommt. Die Salicylsäure wirkt hierbei derart, dafs die verdickte Hornschicht handschuhartig sich in toto loslöst und etwaige Infiltrate zur Resorption kommen.

Will man zerstörend auf eine Affektion einwirken, wie z. B. auf den Lupus vulgaris, namentlich mit elephantiastischen Verdickungen, Lupus erythematosus, so mufs man selbstverständlich zu den stärksten Präparaten seine Zuflucht nehmen. Vorzügliche Resultate erreicht man auf diese Weise beim Lupus, wie Unna des öfteren hervorgehoben hat. Namentlich sind die schönen glatten Narben rühmend hervorzuheben. Ein weiterer Vorteil ist die elektive Wirkung der Salicylsäure, indem sie nur die pathologischen Gewebe angreift, die gesunden aber vollkommen intakt läfst. Die Lupusherde fallen gewissermafsen aus dem gesunden Gewebe heraus, so dafs eine mit Salicylsäure-Pflastermull behandelte Lupusstelle aussieht, als seien die Lupusknötchen mit dem Locheisen herausgeschlagen.

Ganz vorzüglichen und dauernden Erfolg sah ich in einem Falle von Sklerodermie bei einer älteren Frau, wo die Affektion breite bandartige Streifen um die Hüfte, an den Nates, Oberschenkeln, Brust und Rücken bildete. Die sklerodermatischen Flecke ebenso wie Infiltration übernarbter Sklerosen gehen rapid darunter zurück. Gleiche Wirkungen sah ich in mehreren Fällen von Ichthyosis; selbstverständlich darf dieselbe nicht zu ausgebreitet sein. Morison (11) rühmt es bei einem Falle von Ainhum, wo der Kranke selbst die Amputation der Zehe verlangte, nach interimistischer Applikation von Salicyl-Pflastermull jedoch so weit wiederhergestellt war, dafs er von Amputation nichts mehr hören wollte. Rhagaden mit verdickten Rändern, papulöse Efflorescenzen kommen rasch zur Erweichung, Abstofsung und Resorption, zu üppige Granulationen werden niedergehalten.

Wie nun auf der einen Seite die Wirkung eine keratolytische ist,

so haben wir andererseits noch eine antiparasitäre. Dieselbe wird mit Erfolg zur Anwendung kommen bei den parasitären Dermatosen, z. B. Favus, Trichophytie, Akne, Sykosis staphylogenes, Erythrasma, Eccema (namentlich scroti et ani) mykoticum et squamosum chronicum, Ulcus molle, Lichen ruber, Rosacea seborrhoica u. s. w. Bei den parasitären Dermatosen ist die Anwendung eines mittelstarken Präparates anzuraten.

Ferner wird man den Salicylsäure-Pflastermull in solchen Fällen anwenden, wo derselbe nur eine vorbereitende Wirkung für ein später anzuwendendes Medikament ausüben soll, z. B. bei Psoriasis (für das spätere Chrysarobin), Trichophytie (Chrysarobin oder Pyrogallol oder Resorcin) u. v. a. In diesen Fällen führt die vorhergehende Anwendung der Salicylsäure eine ganz bedeutende Abkürzung der Heilung herbei, indem sie die Haut für die eigentlichen heilenden Medikamente besonders empfänglich macht.

Da die Salicylsäure bei längerer Anwendung und stärkerer Konzentration bedeutende Schmerzen und Empfindlichkeit in der Haut hervorruft, so wurden alle möglichen Anstrengungen gemacht, dieselben durch schmerzstillende Zusätze zu lindern. Als die beiden am meisten nach dieser Hinsicht in Betracht kommenden Guttapercha - Pflastermulle nenne ich die folgenden:

3. **Acidum salicylicum cum creosoto**; seine Indikationen sind namentlich: Lupus mit und ohne vorherige oder nachherige Raklage, Lupus erythematosus, Rosacea, Akne, Sykosis staphylogenes, Herpes, Clavus, Callus, keratotische Verdickungen, Warzen u. s. w. Dieselben Wirkungen entfaltet der Pflastermull von:

4. **Acidum salicylicum cum extractu cannabis indicae**, welcher eine aufserordentliche Klebkraft besitzt, leider aber wegen der dunkelgrünen Farbe im Gesichte nur eine beschränkte Verwendung finden kann. Dagegen eignet er sich vorzüglich für solche Stellen, die einen grofsen Druck (Clavus) und Reibung, resp. grofse Ausdehnung und Zusammenziehung der Haut auszuhalten haben, z. B. Affektionen an Ellenbogen und Knien, Eccema scroti cum intertrigine Eccema ani, ferner bei bereits überhäuteten Sklerosen u. v. a.

5. **Acidum salicylicum cum hydrargyro bichlorato.** Kommt namentlich bei verunreinigten Wunden, torpiden Geschwüren, Muttermälern nach vorhergegangener Skarifikation, bei Pigmentationen (Chloasma, Ephelides, Lentigines), Granulationen, Lupus exulcerans, Initialsklerosen, zerfallenen Gummata, tuberkulösen Geschwüren, Rosacea u. s. w. in Anwendung.

Die mildeste Art von Salicylsäure-Pflastermull bildet:

6. **Acidum salicylicum cum zinco oxydato.** Hier kommt nur eine

durch das Zinkoxyd stark abgestumpfte Salicylsäurewirkung zur Geltung. Er ist zu empfehlen bei allen leichten, schuppenden Ekzemen (doch dürfen dieselben nicht zu chronisch sein) Intertrigo, Ulcus molle, pruriginösen Dermatosen der Kinder, sogar der Säuglinge; wenn man ihn nur nicht zu lange liegen läſst, wird er ganz vorzüglich vertragen, und hebt OBERLÄNDER ganz besonders die juckstillende Wirkung hervor.

7. **Alumnol.** Wurde zuerst von CHOTZEN (34) in die Praxis eingeführt und gegen Ekzeme, Erythema exsudativum, Prurigo, Psoriasis, Furunkel und Epididymitis empfohlen. Ferner empfahl CHOTZEN:

8. **Alumnol-Quecksilber** gegen Erysipel, noch stark infiltrierte, aber bereits überhäutete Sklerosen, sowie überhaupt gegen luetische Efflorescenzen.

9. **Aluminium aceticum.** Wird mit groſsem Erfolg als Substitut des Liquor Burowii verwandt gegen oberflächliche Entzündungen, schlecht heilende Wunden und Geschwüre, gegen torpides Ulcus cruris, gegen Lupus exulcerans vor und nach dem Curettement, Panaritium, Phlegmone, Acne pustulosa, Furunkel, Ulcus molle, bei carcinomatösen Wucherungen u. s. w.

10. **Chrysarobinum.** Die speziellen Vorzüge dieses Guttapercha-Pflastermulles sind bereits oben (pag. 306) angegeben und bestehen im Vermeiden der Chrysarobin-Conjunctivitis, in der Vermeidung des Befleckens der Wäsche und in der Beschränkung der Reizerscheinungen nur auf die bedeckten Stellen. Am besten klebt der Arzt die Pflaster dem Patienten selbst auf und überleimt der gröſseren Sicherheit wegen dieselben noch mit Zinkleim. Dem Patienten wird eingeschärft, bei Lockerung der Pflaster den Arzt sofort wieder aufzusuchen, um eine Erneuerung derselben zu veranlassen, was nach ca. 8 Tagen zu geschehen hat. Auf jeden Fall hat sich der Kranke jedoch sofort einzufinden, sobald sich unerträgliches Jucken und Brennen einstellt. Sind dann heftige Reizerscheinungen eingetreten, was schlieſslich beim Chrysarobin ja die Regel ist, und was man ja auch herbeiführen will, so bedeckt man die gereizten Stellen mit Zinkleim, einer indifferenten Paste oder Puder, resp. man legt einen milderen Guttapercha-Pflastermull (Zincum oxydatum, Karbol-Bleipflaster, Praecipitatum album etc.) auf. Die nicht gereizten Stellen sind mit Chrysarobin weiter zu behandeln.

Vorzüglich bewährt hat sich der Chrysarobin-Pflastermull bei Psoriasis (selbstverständlich circumskripten Plaques, nicht der universellen Psoriasis), namentlich den hartnäckigen inveterierten Stellen der Ellenbogen und Knie. Ferner thut er gute Dienste bei gröſseren Plaques von Lichen ruber, z. B. um die Handgelenke, bei Lupus vulgaris und Lupus erythematosus (Ulerythema centrifugum), bei Neurosyphiliden,

bei chronischen Ekzemen, bei Sklerodermien, Clavus, Callus, Verrucae aggregatae, Trichophytie, Favus, Ichthyosis.

11. **Emplastrum lithargyri.** Dieser Pflastermull wird mit und ohne Karbolsäure-Zusatz dargestellt, je nach den Indikationen. Bei stark juckenden, wie parasitären Affektionen wird man das mit Karbolsäure versetzte Präparat vorziehen, z. B. bei akuten und leichten Ekzemen, namentlich des Gesichtes und der Genitalien, bei Frost, sowohl der Hände und Füſse, wie auch der Lippen,[3] speziell bei den mit schmerzhaften tiefen Rhagaden einhergehenden Frostwunden, bei Intertrigo, Erosionen, Pemphigus, Dermatitis herpetiformis, Herpes zoster, Brandwunden, Decubitus.

12. **Hydrargyrum-Acidum carbolicum.** Dieser Pflastermull ist wohl der meist in Gebrauch stehende von allen. Man wird den mit Karbolsäure kombinierten Quecksilber-Pflastermull dem einfachen Quecksilber-Pflastermull in den meisten Fällen vorziehen, da selbst da, wo die Karbolsäure nicht notwendig ist, ihre Anwesenheit mit keinem Nachteile verknüpft ist. Kontraindiciert ist der Hg-Pflastermull bei vorheriger örtlicher Jodanwendung, oder umgekehrt, um das Entstehen von Blasen zu vermeiden.

Der Indikationen für den Hg-Karbol-Pflastermull sind so viele, daſs ich mich nur auf die gebräuchlichsten beschränken kann. Es kommen hier in erster Linie die **syphilitischen Affektionen** in Betracht, und zwar beginne ich mit der Allgemeinbehandlung der Syphilis, z. B. bei Kindern. An Stelle der Einreibungen wird den Kindern ein Stück Hg-Karbol-Pflastermull um den einen Oberschenkel gewickelt, oder auf den Rücken geklebt. Die Gröſse des Pflastermulles richtet sich je nach dem Alter des Kindes und der Schwere der Affektion und schwankt von ca. 5 cm Breite und 20 cm Länge bei schwächlichen Säuglingen bis zu 25 cm : 20 cm bei groſsen Kindern. Da Kinder meist unruhig liegen und viel kratzen und reiben, ist eine Überleimung geboten. Nach 8 bis 14 Tagen ist der Verband zu erneuern. Es ist dies die mildeste Behandlung der Syphilis und so recht für Kinder geeignet. Dieselbe Behandlungsmethode kann man auch bei Erwachsenen anwenden, die weder Zeit noch Gelegenheit haben, sich einer Schmier- oder Injektionskur zu unterziehen, wie z. B. Seeleute, Reisende u. s. w. Nur nimmt man ein entsprechend gröſseres Stück Pflastermull. Bei Erwachsenen kräftiger Konstitution wähle ich regelmäſsig $^1/_3$ m des Beiersdorfschen Hg-Karbol-Pflastermulles und leime denselben von der Wirbelsäule über die eine Thoraxseite nach dem Sternum zu fest. Dieses Pflaster bleibt bis zu vier Wochen liegen, dann erst wird es auf der anderen Thorax-Seite erneuert. Wenn der Verband abgenommen wird, ist kaum noch etwas von der grauen Queck-

---

[3] s. Taenzer, Lippenfrost. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XII. pag. 56.

silbersalbe zu entdecken. Auf diese Weise behandle ich viele Seeleute, und bin ich mit dieser Behandlung aufserordentlich zufrieden. Stomatitis habe ich nur bei Kindern zweimal beobachtet. Dr. Ruppert dagegen sagt: „Bei allgemeiner Lues kann man durch Belegen gröfserer Flächen mit Hg-Pflastermull in kurzer Zeit relativ viel Hg ins Blut eintreten machen; es tritt daher auch leicht Speichelflufs ein.“

Einen viel ausgedehnteren Gebrauch hat man bei den lokalen syphilitischen Prozessen vom Hg-Pflastermull gemacht, nicht den geringsten bei der Initialsklerose, wo das Präparat kaum zu ersetzen ist. Bei stark secernierenden Geschwüren ist es dreimal täglich zu erneuern. Ferner ist es zu empfehlen bei lokalen Syphiliden, Psoriasis palmaris et plantaris, Rupia; kein Präparat läfst sich z. B. so bequem an breiten Kondylomen des Afters, des Scrotums, der Vulva etc. anbringen, als dieser Hg-Karbol-Pflastermull. Janowsky (6) hat dieselben unter dieser Behandlung „viel schneller schwinden sehen, als nach anderen früher angewandten Exegesen“.

In zweiter Linie kommen in Betracht die **parasitären Dermatosen.** Über den Lupus haben wir bereits oben näheres mitgeteilt. Schütz (21. 38) wendet denselben nach Auslöffelung der Kauterisation mit nachfolgender chemischer Behandlung (Pyrogallol, Chlorzink, Sublimatumschläge) der lupösen Stellen zur Erzielung schöner, glatter und weicher Narben an und verstärkt den vom Pflastermull ausgehenden Druck auf die Granulationen durch Auspinseln von Kollodium auf den Hg-Pflastermull.

Ferner empfiehlt Leistikow (39) denselben bei der Sykosis, namentlich den umschriebenen derben Infiltraten und diffusen furunkulösen Entzündungen. Vorher müssen die kranken Stellen epiliert werden; dasselbe gilt von der Trichophytie und dem Favus, sowie dem Ekthyma. Bei allen oberflächlichen wie tiefen Dermatomykosen besitzen wir also im Hg-Karbol-Pflastermull ein zwar langsames, aber sicher wirkendes Mittel, und ist er schon wegen seiner bequemen Anwendungsweise für die ambulante Behandlung in Arbeiterkreisen aufserordentlich empfehlenswert.

Warm empfohlen wird dieser Pflastermull ferner bei Karbunkeln und Furunkeln wegen seiner augenblicklich schmerzstillenden Eigenschaft. Ist die Verflüssigung noch nicht zu weit fortgeschritten, so tritt häufig Resorption ein, ohne dafs es zur Eröffnung des Abscesses gekommen ist. Es empfiehlt sich, um schnellere Resorption, resp. Reifung der Abscesse und Bubonen zu erreichen, über den Pflastermull noch heifse Breiumschläge anzubringen, namentlich bei stationären Patienten. In der ambulanten Praxis kann man den schmerzhaften Druck und die Reibung der Kleider durch einen übergelegten Wattebausch aufheben. Die Behandlung hartnäckiger Akneknoten und Pusteln gehört

gleichfalls hierher, ebenso wie diejenige des Panaritiums, der Phlegmone, Phlebitis, Lymphangitis, Periostitis, Tendovaginitis u. s. w. Ferner ist der Gebrauch des Hg-Karbol-Pflastermulles indiciert bei ödematösen Schwellungen, Herpes circinatus, Pigmentationen und Arzneiexanthemen mit schweren Infiltrationen (Bromexanthem).

14. **Hydrargyrum - Acidum arsenicosum.** Ist wegen seiner heftigen Reizerscheinungen mit grofser Vorsicht anzuwenden. Wegen der grofsen Schmerzhaftigkeit, die seine Anwendung im Gefolge hat, sind die Indikationen nur wenig zahlreich. Bei wuchernden Condylomata acuminata, Verrucae aggregatae, Sklerodermie ist sein Gebrauch von Erfolg gekrönt. Ich habe ihn öfters bei Lupus angewandt und konnte hier die elektive Wirkung wie bei der Salicylsäure konstatieren, indem die Lupusknötchen wie mit dem Locheisen aus der Haut herausgeschlagen waren. Nach längerer Anwendung zeigt die Haut nur sehr wenig Neigung, im Heilungsprozesse Fortschritte zu machen, und mufs man daher zu anregenderen Mitteln seine Zuflucht nehmen.

14. **Hydrargyrum - Acidum salicylicum.** Ein sehr empfehlenswertes Präparat bei Clavus, keratoiden Ekzemen, Keratoma palmare, Sklerodermie, Initialsklerosen, die keine Neigung zur Abheilung zeigen, und Lupus. Ist sehr wenig schmerzhaft und daher dem Salicylsäure-Pflastermull in vielen Fällen vorzuziehen, namentlich bei chronischen Ekzemen, alten luetischen Fufsgeschwüren, Panaritium u. s. w.

15. **Ichthyol-Pflastermull.** Dieser Pflastermull erfreut sich nicht nur in der Dermatologie grofser Verwendung, sondern auch in der allgemeinen Medizin. In der letzteren wird er namentlich verwendet bei rheumatischen Schmerzen, welche weder auf Salicylsäure, Antipyrin, Massage, Bäder, Elektricität reagieren, bei Muskelrheumatismus, bei rheumatischen lokalisierten Gelenkaffektionen, bei Neuralgie, Ischias, Coxalgie u. s. f.

Dermatologischerseits wird man dieses Präparat mit Vorteil anwenden bei allen Parakeratosen (Verhornungsanomalien), z. B. Pityriasis simplex, Ichthyosis, Seborrhoea sicca, bei den chronischen Ekzemen, namentlich auf nervöser Grundlage, bei Dentitionsekzemen, Lichen urticatus, Prurigo, Akne, Panaritium, Furunkulose, Sykosis, Trichophytie, Rosacea, Lymphangitis und Erysipelas. Bei letzterer Affektion wird es allseitig geradezu als Spezificum gerühmt und soll alle bisher bekannten Behandlungsmethoden an Wirksamkeit übertreffen.

Dieser Pflastermull wird auch mit Sublimat kombiniert hergestellt, doch macht dieses Präparat dann leicht Reizerscheinungen. Wegen der

starken Schwellungen desselben ist die Anwendung in der Augengegend kontraindiciert. Der Ichthyolsublimat-Pflastermull ist gegen Lupus vulgaris sowie Lupus erythematosus zu empfehlen.

16. **Jodoform-Gittermull.** Dies ist ein ganz eigentümliches, schwer herstellbares Präparat, das aber eine ganz vorzügliche Klebekraft besitzt und mit Nutzen bei allen geschwürigen Prozessen zu verwenden ist. UNNA (7) hat bei Ulcus molle eine eigenartige Behandlungsmethode angegeben, um die Anwendung des wohlthätigen, aber penetrant riechenden Jodoforms zu ermöglichen. Das Ulcus wird gereinigt, mit einer 2—3fachen Lage Jodoformgitter überdeckt und die ganze Rute in eine Schicht odorisierter Watte eingewickelt. Die Watte ist mit Kumarin odorisiert.

Eine andere ebenso eigenartige Behandlung ist die des Ulcus cruris. Nach Reinigung des Geschwürs wird dessen Umgebung, sowie der übrige Teil des Unterschenkels mit Zinkleim bestrichen, das Geschwür selbst mit mehrfachen Lagen von Gittermull bedeckt, über diesen ein Wattebausch gelegt und nun eine doppelköpfige Binde von der Rückseite des Unterschenkels her über den ganzen Unterschenkel stramm angelegt, um eine Entspannung der Wundränder herbeizuführen.

Die Indikationen für den Jodoform-Gittermull sind sehr einseitig, und kann jedermann sich dieselben selbst stellen, nachdem ich obige Beispiele angeführt. Ulceröse Genitalaffektionen, sowie einfache Geschwürsprozesse, Verbrennungen werden immer den Hauptanteil für dieselben abgeben.

17. **Jodoform-Pflastermull** ist im Gegensatz zum vorigen nicht poröser, sondern impermeabler Natur. Daher wird sich seine Anwendung hauptsächlich auf derartige Geschwürsprozesse und Wunden beschränken, welche wenig secernieren. Wegen seines ganz geringen Geruches kann derselbe auch bei ambulanter Praxis verwendet werden. Er kommt hauptsächlich in Betracht bei genähten und ungenähten Wunden, Ulcus molle, Initialsklerose im Anfangsstadium, bei in der Heilung begriffenen Bubonen, bei abheilendem Lupus, tuberkulösen Geschwüren überhaupt, Acne necrotica, Panaritium, Verbrennungen u. s. w.

18. **Naphtol-Pflastermull** besitzt eine ganz hervorragend juckstillende Wirkung und ist daher unentbehrlich bei allen stark juckenden (nicht nässenden) Ekzemen, bei dem Lichen ruber, der Darierschen Krankheit, Dermatitis herpetiformis, Pityriasis rubra, Erythema scarlatiniforme, Dermatitis exfoliativa, Rosacea eccematosa.

19. **Teer-Pflastermull.** Bevorzugenswert wegen seines geringen Geruchs und wegen der Sauberkeit der Behandlungsmethode; ein abgeschwächtes Präparat besitzen wir im Zink-Teer-Pflastermull. Das Hauptfeld für ihn

sind die circumscripten parasitären Dermatosen, Lupus, Sykosis, Trichophytie, die Ekzeme mit allen ihren Unterarten (ausgeschlossen sind die nässenden Formen), Dermatitis herpetiformis, Psoriasis, Pityriasis pilaris, Psorospermosis cutanea vegetans, Ichthyosis, Lupus, Lichen ruber, Prurigo, Pityriasis versicolor, Erythrasma.

20. Jodblei-Pflastermull. Zeichnet sich hervorragend durch seine resorbierenden Eigenschaften aus und steht daher unerreicht da bei gonorrhoischen Epididymitiden, namentlich wenn man seine chemischen Vorzüge noch unterstützt durch mechanisch ausgeübten Druck, nach Art eines FRICKEschen Verbandes. Hat man das Höhestadium der akuten Epididymitis erreicht, so soll man nicht zaudern, den, oder besser noch beide Hoden mit in Streifen geschnittenem Jodblei-Pflaster zu umschnüren und zu umwickeln. In zwei, höchstens drei Tagen ist der Hoden so zusammengeschrumpft, daſs er aus dem Verband herausgleitet. Man legt daher sofort einen zweiten derartigen Kompressionsverband an, und spätestens in einer Woche hat der erkrankte Hoden seine normale Gröſse und Weichheit wiedererlangt. Mir ist der Jodblei-Pflastermull für diese Affektion unentbehrlich geworden. Fernere Indikationen für denselben sind nicht zu chronische Ekzeme, namentlich bei sehr reizbarer Haut und bei Kindern, Erythema exsudativum, Urticaria, Decubitus, wunde Brustwarzen, Frost, Asphyxia localis.

21. Weiſser Präcipitat-Pflastermull. Er findet hauptsächlich seine Verwendung bei leichteren Hautkatarrhen, z. B. leichten Ekzemen, Pityriasis, spröder Haut, Dermatitis exfoliativa, ferner bei pemphigoiden Affektionen, Pityriasis rosea u. s. w.

22. Pyrogallol-Pflastermull. Ein leicht zersetzlicher Pflastermull, welcher allmählich sich schwarz färbt, aber trotzdem nichts von seiner Wirksamkeit einbüſst. Er besitzt eine sehr groſse Tiefenwirkung, und muſs man ihm groſse Aufmerksamkeit zuwenden, damit man keine Zerstörung des Gewebes erhält, wo man nur eine resorbierende oder antiparasitäre Wirkung haben will. Mit Vorliebe verwende ich ihn bei Lupus vulgaris und Lupus erythematosus; bei letzterem ist er geradezu eine Panacee. Ferner ist seiner Wirksamkeit ein groſses Feld eröffnet bei der Psoriasis disseminata, bei Neurosyphiliden (39), bei Naevis nach vorausgegangener Skarifikation, bei Sklerodermie, bei Rosacea, bei Epithelioma, Ulcus rodens, Ichthyosis u. s. w.

23. Resorcin-Pflastermull. In dem Resorcin-Pflastermull besitzen wir ein ausgezeichnetes Präparat von unbegrenzter Haltbarkeit und Klebekraft. Sein einziger Nachteil ist der, daſs die Haut unter demselben eine grünschwarze Farbe annimmt, die man durch Waschungen noch verstärken kann. Seine Verwendung ist eine sehr vielseitige und seine Wirksamkeit eine allgemein anerkannte.

Zuerst nenne ich die schweren Akne- und Rosaceaformen des Gesichtes; hier kann man nach 8—10tägiger Anwendung die ganze Hornschicht wie einen Handschuh abziehen, an deren Unterfläche alle Komedonen wie Stecknadelspitzen hervorsehen. Gute Dienste leistet er ferner bei Pityriasis versicolor, Favus, Trichophytie, Sykosis, Seborrhoea sicca, Psoriasis, Ichthyosis, Skleroderma, Lymphangitis, Erysipel, Congelatio (I. Stadium), Unguis incarnatus, Epithelioma, Ulcus rodens und bei der akuten Gicht.

24. Zinkoxyd - Pflastermull. Wegen seiner absoluten Reizlosigkeit wird dieser Pflastermull sehr gern an Stelle des gewöhnlichen Heftpflasters angewandt, z. B. zur Entspannung der Ränder von Fufsgeschwüren, durch dachziegelförmiges Aufeinanderlegen der Streifen, zur Bedeckung genähter Wunden, kleiner Verletzungen. Prof. BAUMGARTEN wendet ihn als Prophylacticum und als Heilmittel gegenüber dem Jodoformekzem und bei Sektionen als Schutzmittel an. Vielfache Verwendung findet er auch bei Decubitus, und kann ich aus eigener Erfahrung die vorzügliche Wirkung hierbei bestätigen. Auch bei verschiedenen Ekzemen wird seine Heilkraft gelobt, z. B. Eccema ani, bei schwieligen Ekzemen (NEUHAUS), bei dem Eccema mammae der stillenden Frauen und dem Eccema acutum capillitii der kleinen Kinder (JOSEPH [13]); ferner verwendet ihn SCHÜTZ zur Lokalisierung differenter Arzneikörper auf ein kleines Gebiet. Neuerdings hat der Zinkpflastermull durch ENGMAN und UNNA (36) eine ausgedehnte Anwendung erfahren zur Anfertigung von Hautschienen, wie man dieselben gern bei Hautkrankheiten anwendet, wo ein perpetuierlicher Druck im Verein mit oder ohne medikamentöse Behandlung erwünscht ist.

Zur Vermeidung des Zerreifsens des Pflastermulles bei Ausübung von starkem Druck, z. B. Streckverbänden, wurde noch ein besonderes Präparat aus starkem Stoff hergestellt, der wohl allen Anforderungen an ein derartiges Präparat genügen dürfte.

Ferner existieren, um seine antiseptische, resp. antiparasitäre Kraft zu erhöhen, Kombinationen von Zinkoxyd mit Karbolsäure, Zinkoxyd mit Benzoë, Zinkoxyd mit Perubalsam u. s. w. Dementsprechend erweitern sich auch die Indikationen für die einzelnen Präparate, die man sich leicht selbst stellen kann, und deren Aufzählung hier zu weit führen würde.

25. Zinkoxyd - Thymol - Pflastermull. Im allgemeinen dient dieser Pflastermull als Substitut der WILKINSONschen Salbe und leistet gute Dienste bei dem Übergang des akuten Ekzems ins chronische Stadium, beim Eccema ani et scroti, Eccema nasi der skrophulösen Kinder. Beim Eccema scroti hat man ein Loch für den Penis in ein entsprechend grofses Stück Pflastermull zu schneiden, den Penis hindurch

zustecken, den Pflastermull gut an das Scrotum anzudrücken, mit Watte zu umgeben und ein Suspensorium anlegen zu lassen. Beim Eccema narium macht man aus Pflastermull eine der Nasenlochweite entsprechende Röhre, mit dem Medikamentenüberzug nach aufsen, schneidet das aus dem Nasenloch heraussehende Ende der Röhre mehrfach ein und biegt die eingeschnittenen Enden um die Lippe und den Nasenflügel herum, so dafs letztere davon bedeckt werden. Der Pflastermull schützt die Haut gegen die Ätzwirkung des Sekretes, ebenso auch bei solchen Ekzemen, die durch blennorrhoische Sekrete hervorgerufen werden. Empfehlenswert ist der Zinkoxyd-Thymol-Pflastermull auch bei Genitalekzemen, Pruritus vulvae u. s. w.

26. Karbol-Sublimat-Zinkoxyd-Pflastermull dient hauptsächlich zur Bedeckung von Schnittwunden, auch bei gröfseren genähten Wunden, bei chronischen Ekzemen der verschiedensten Art, Eccema marginatum, bei skrophulösen und einfachen Hautgeschwüren, bei Ulcus cruris u. v. a. Kontraindikation ist reichliche Sekretion.

Litteratur.

1. Unna, P. G., Über Guttapercha-Pflastermulle. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882. pag. 32.
2. Anderson, McCall, The treatment of Ekzema. *Journ. of cut. and ven. dis.* 1883. pag. 431. 458.
3. Thin, *Lancet.* 1. Dezember, 1883.
4. Nega: *Vergleichende Untersuchungen über die Resorption und Wirkung verschiedener zur kutanen Behandlung verwandter Quecksilberpräparate.* Strafsburg 1884. Trübner.
5. Unna, P. G., Ekzem im Kindesalter. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1884.
6. Janowsky, Behandlung der Hautkrankheiten mit Unnaschen Salben- und Pflastermullen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1884. pag. 269.
7. Unna, P. G., Die Jodoformbehandlung des Ulcus molle. *Ibidem.* 1884. pag. 242.
8. Veiel, Ekzem. *Ziemssens Handb. d. Hautkrankh.* Bd. I. pag. 376.
9. Will, Ogilvie. *Brit. med. Journ.* 29. März 1884.
10. Unna, P. G., Die neueren Fortschritte in der Therapie der Hautkrankheiten. *Ärztl. Vereinsbl.* 1885. No. 158.
11. Morison, Robert B., Ergebnisse der Behandlung von Hautkrankheiten mit Unnaschen Präparaten. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1885. No. 21.
12. Hoffmann, L., Über die Wirkung der Unnaschen Pflastermulle. *Dtsch. med Wochenschr.* 1885. No. 51.
13. Joseph, Max, Zur Verwendung der Unnaschen Salben- und Pflastermulle in der Dermatotherapie. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1885. No. 102.
14. Unna, P. G., *Ärztl. Vereinsbl.* 1886. No. 166.
15. Unna, P. G., The treatment of Lupus by local application. *The Lancet.* 1886. pag. 574.
16. Unna, P. G., Über die neueren Fortschritte in der Therapie der Hautkrankheiten. *Volkmanns Samml. klin. Vortr.* 1887. No. 300

17. Unna, P. G., Therapeutische Verwendung von Pflaster- und Salbenmullen. *Berl. klin. Wochenschr.* 1887. No. 27.
18. Guire, J. C. Mc, Anwendung von deckenden Mitteln in der Behandlung von Hautkrankheiten. *The Amer. Pract. and News.* September 1888.
19. Lang, Über Wege und Wandlungen des Syphiliscontagiums und über Syphilistherapie. *Wien. med. Presse.* 1888. No. 50.
20. Kittel, Om de paa Dr. Unnas Klinik für Hautkranke in Hamburg for Naervaerende anvendte Behandlungsmaader, og ham nyeste dermatologiske Anskuelser. *Medicinsk Revue.* 1888.
21. Schütz, Jos., Zur Therapie des Lupus. *Münch. med. Wochenschr.* 1888. No. 45. 46.
22. Clasen, Behandlung des Lupus mit Pflastermullen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. VIII. pag. 526.
23. Touton, C., Demonstration von Lichen planus. *Verhandl. d. ärztl. Vereins zu Wiesbaden im Mai 1889.*
24. Unna, P. G., Zur Kenntnis des Lanolins. *Therap. Monatsh.* Februar 1890.
25. Troplowitz, Was sind Pflastermulle? *Pharm. Ztg.* 1891. No. 87.
26. Boeck, C., Kurze Notiz über Behandlung des Ulcus rodens mit dem Unnaschen Resorcin-Pflastermull. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII. pag. 173.
27. Unna, P. G., Bemerkungen zur vorhergehenden Notiz über Ulcus rodens. *Ibidem.* pag. 174.
28. Unna, P. G., Über die Verwendung des Tuberkulins bei der Lupusbehandlung und einige neue Mittel gegen Lupus. *Ibidem.* 1891. Bd. XII. pag. 341.
29. Unna, P. G., Über Autotuberkulinisation beim Lupus. *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 25.
30. von Sehlen, Heilung eines Falles von Kankroid durch Pyoktanin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII. pag. 515.
31. Schwimmer, Ernst, Über die Bereitung der Sozojodolquecksilberlösung zur Behandlung luetischer Affektionen. *Pharm. Post.* 1892. No. 27.
32. Blaschko, A., Über Bubonenbehandlung. *Der ärztl. Prakt.* 1892.
33. von Sehlen, Zur Behandlung des Furunkels mit Unnas Hg - Karbol - Pflastermull. *Der prakt. Arzt.* 1892. Januar.
34. Chotzen, Alumnol, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhoe. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 48.
35. Strauss, A., Aus Dr. Unnas Poliklinik. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. XV. pag. 221.
36. Engman und Unna, Über Hautschienen, ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Hautkrankheiten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVII. pag. 481.
37. Jessner, *Dermatotherapeutische Neuigkeiten.* Berlin 1894. H. Kornfeld.
38. Schütz, Jos., Zur Behandlung des Lupus vulgaris. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. pag. 97.
39. Leistikow, Leo, Zur Therapie der staphylogenen Sykosis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XVIII. pag. 232.
40. Szadek, Karl, De l'éruption bromique. *Kronika lek.* 1893. No. 8.
41. van Hoorn, Nichtoperative Behandlung von Furunkeln und Furunkulose. *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.* 11. November 1893.

Versammlungen.

Nachtrag zum Originalbericht über den II. Internationalen Dermatologischen Kongreſs in Wien, September 1892.

Von

Dr. Carl Berliner-Aachen.

Finis coronat opus! Vor uns liegt ein stattlicher, auch in seiner äuſseren Form gefällig in die Augen springender Band mit den Verhandlungen des II. internationalen Dermatologen-Kongresses. Der Generalsekretär Dr. Riehl hat damit den Schluſsstein einer mühsamen, aber dankbaren und erfolggekrönten Arbeit gesetzt.

Bei der Fülle des Materials war es uns seiner Zeit nicht möglich, über alles zu berichten oder den Bericht über den einen und den anderen Vortrag so genau und ausführlich zu liefern, wie wir es gern gewünscht hätten.

Eine Reihe von Vorträgen, die in dem Bande in extenso oder im Auszuge zum Abdruck kamen, sind wegen Mangels an Zeit überhaupt nicht gehalten worden.

Welch eine Fülle des Wissenswerten und Interessanten geht nicht verloren, wenn der Vortragende in vorgerückter Stunde der Sitzung unter der Abspannung der Zuhörer seinen Vortrag (vielleicht in einer nicht jedermann geläufigen Sprache, mit nicht immer sonorer Stimme) abliest und mit Windeseile dem Ende zustrebt! Auch hier finden wir die alte Erfahrung bestätigt, daſs viele Vorträge besser gelesen, als gehört werden.

So wollen wir nunmehr aus dem officiellen Kongreſsberichte das Versäumte nachholen und einzelne Vorträge, soweit dies bisher *in den Monatsheften* noch nicht geschehen ist, nachträglich referieren.

Die Seitenzahl, auf welcher der Vortrag im Bande zum Abdruck kommt, ist in Klammern beigefügt.

Die Vorträge sowohl, wie die auf den Festlichkeiten ausgebrachten Toaste sind im Kongreſsberichte des vorliegenden Bandes in derjenigen Sprache wiedergegeben, in welcher sie gesprochen worden sind.

Zur Leprafrage in Europa, von O. Petersen-St. Petersburg. (S. 766.) P. präcisiert seinen Standpunkt bezüglich der Ätiologie der Lepra dahin:

1. Wir haben in allen Fällen von Lepra einen Bacillus finden können, der sich nur bei dieser Krankheit findet.

2. Sobald wir aber stets ein und dieselbe Bacillusart bei einem Leiden vorfinden, so weist dieses schon darauf hin, daſs es sich um eine Infektionskrankheit handelt.

3. Diese Anschauung wird noch dadurch befestigt, dafs das Produkt dieser Mikroorganismen, die Knoten, ein Granulom hervorrufen, wie wir es nur bei infektiösen Prozessen finden.

4. Alle anderen Theorien zur Erklärung der Entstehung der Lepra halten der Kritik nicht stand.

Heredität kann als alleinige Ursache der Krankheit nicht angesehen werden, da Leute von 50—70 Jahren an der Lepra noch erkranken. Selbst Danielssen und Boeck, die Hauptbegründer der Hereditätslehre, geben zu, dafs die Lepra auch spontan, unabhängig von der Heredität, vielleicht infolge einer besonderen Dyskrasie des Blutes entstehen könne.

Dafs die Beschaffenheit des Bodens, des Klimas, die Nationalität einen Einflufs auf die Entstehung der Lepra ausübe, wird durch die zahlreichen Mitteilungen von Erkrankungen aus den verschiedensten Gegenden und bei den verschiedensten Nationen widerlegt.

Ebenso hat die Nahrungstheorie („Théorie culinaire" nach Leloir) keine grofse Wahrscheinlichkeit für sich, da bisher noch in keinem Nahrungsmittel, namentlich nicht in den Fischen, Leprabacillen nachgewiesen worden sind. So wird man auch per exclusionem auf die Infektionstheorie hingewiesen.

Was das Vorkommen der Lepra in Europa betrifft, so sind folgende Thatsachen zu konstatieren:

1. Die Lepra existiert in den verschiedensten Ländern Europas: Norwegen, Frankreich, Spanien, Italien, Griechenland, Türkei, Rumänien und Rufsland. Hierbei liegt die Frage nahe, sind das nur alte Herde, Reste früherer Zeiten, die allmählich abnehmen, oder findet ein Anwachsen der Zahl der Leprösen statt? Bezüglich Rufslands mufs leider ein stetes Zunehmen der Leprösen konstatiert werden.

2. Jährlich werden in verschiedene leprafreie Gegenden vereinzelte Fälle eingeschleppt. Namentlich kommen sie aus Brasilien, Tonkin, Indien, Afrika etc. Bisher haben sie freilich noch zu keiner Verbreitung beigetragen, doch verdienen sie ernste Beobachtung.

Welche Mafsregeln sind nötig, um Europa vor einer Lepraepidemie zu schützen? P. stellt folgende Vorschläge zur Diskussion:

1. Der Kongrefs möge beschliefsen, dafs sowohl die vorhandenen Herde, wie auch die eingeschleppten Einzelfälle alle Beachtung verdienen, und daher eine Registration derselben durchaus notwendig ist.

2. Zu diesem Zwecke müfste in jedem Lande von seiten der Regierung die Anzeige eines jeden Leprafalles obligatorisch angeordnet werden.

3. Der Kongrefs wählt eine internationale Kommission, deren Mitglieder sich mit ihren respektiven Regierungen in Verbindung setzen und alljährlich nach einem näher festzustellenden Schema einen Bericht zusammenstellen, der alle drei Jahre dem internationalen dermatologischen Kongresse mitgeteilt werde.

4. Der Kongrefs spricht sich dahin aus, dafs, sobald eine Anzahl von Leprafällen in einem Lande konstatiert, als bestes Mittel zur Bekämpfung von Lepra die Errichtung von Asylen, resp. Kolonien in Angriff zu nehmen ist, selbst wenn auch nicht sämtliche Lepröse dorthin gebracht werden können.

Beitrag zum Studium der Lepra in Portugal, von Zeferino Falcao-Lissabon. (S. 35.) In Portugal findet eine Isolierung der Leprösen nicht statt. Dieselben leben zusammen mit der gesunden Bevölkerung, gehen allen möglichen Berufsgeschäften nach, nicht ausgenommen die Metzgerei und den Handel mit Nahrungsmitteln. Allerdings giebt es in Lissabon und in Coïmbra Anstalten

bestimmt, die Leprösen aufzunehmen (wie die Hospitäler von Saint-Lazare), aber dieselben führen nur eine sehr beschränkte Zahl von Patienten. Dazu kommt, dafs der Aufenthalt in diesen Hospitälern nicht obligatorisch ist. Es steht den Patienten frei, dieselben zu verlassen, wann sie wollen. Wieweit die Idee einer Isolierung der Leprösen in Portugal von ihrer Verwirklichung noch entfernt ist, mag man daraus ersehen, dafs man ohne Skrupeln derartige Patienten zu Dienstleistungen in den Hospitälern verwendet, wo dieselben mitten unter anderen Kranken leben. Auf dem Lande zeigen die Bauern keinen sehr grofsen Widerwillen gegen diese Unglücklichen. Sie bedienen sich, wenn es not thut, ihrer Wäsche; in der Schänke sieht man bisweilen das Glas von dem Munde eines Leprösen zu dem eines gesunden Individuums wandern. Trotzdem es unter diesen Umständen nahe läge, die Verbreitung der Krankheit, zumal auf einem solch kleinen Territorium, auf eine Ansteckung zurückzuführen, so ist es F. von 772 Leprösen, die er Gelegenheit hatte, zu beobachten, nur in sehr wenigen Fällen gelungen, die Ansteckung klar zu stellen. Sicher ist, dafs eine grofse Zahl von Leprösen Nachkommen hatte, welche an derselben Krankheit litten. Ob hier Heredität oder Ansteckung vorlag, liefs sich nicht leicht eruieren. Indessen ist es ja nicht nötig, bei der Annahme eines Kontagiums die Heredität vollständig auszuschliefsen. Die Tuberkulose und die Syphilis sind ansteckende und gleichzeitig erbliche Krankheiten. Warum sollte es nicht auch die Lepra sein, welche ja so viel Analogien mit jenen beiden Krankheiten hat. F. kannte eine Familie in Coïmbra, wo der Vater leprös war, und dessen drei Söhne bis zum Alter von etwa 19 Jahren scheinbar gesund waren und dann erst leprös geworden sind. Dieser Fall ist deshalb besonders bemerkenswert, weil bei allen in demselben Alter die Krankheit ihre ersten Symptome zeigte.

Der Sohn eines Leprösen ist im Auslande (Frankreich und Deutschland) auferzogen worden. Als er im Alter von 32 Jahren nach Portugal zurückkehrte, war er bereits leprös. Hervorzuheben ist, dafs er 7 Jahre alt war, da sein Vater starb, und dafs die Mutter, die ihn ins Ausland begleitete, nicht leprös war.

Unter den 772 beobachteten Fällen waren 205 verheiratet, jedoch nur in 12 Ehen waren beide Gatten leprös.

Das männliche Geschlecht ist vorwiegend befallen.

Kein einziges Individuum war blond, obwohl es namentlich im Norden des Landes an Blonden nicht fehlt.

Als gelegentliche Ursache ist ohne Zweifel die Erkältung anzusehen; thatsächlich wird fast von allen Patienten die Krankheit auf eine Erkältung zurückgeführt. Ein Symptom, welches am häufigsten das Erscheinen der Lepra ankündigt, ist die Rhinitis. Die Patienten klagen vor allem anderen über eine trockene Nase. Vielfach hört man von Leprösen, dafs sie viel an Nasenbluten zu leiden hatten. Perforationen des Septums sind nicht selten für lange Zeit das einzige Symptom der Lepra.

Die Lepra kommt in allen Provinzen von Portugal vor; die zahlreichsten Fälle finden sich in den Provinzen Ober- und Unter-Beira, Algarve und Estremadura. Unter diesen weist Ober-Beira, besonders die Gegend von S. Pedro do Sul, die gröfste Zahl von Leprösen auf.

Ob die Lepra in Portugal zu- oder abnimmt, ist mangels hinreichender Statistiken nicht mit Sicherheit zu sagen.

Die Lepra ist eine erbliche Krankheit, von Zambaco. (S. 775.)

Seit einer Reihe von Jahren neigten die auf die Spitze getriebenen bakteriologischen Theorien und ihre Errungenschaften, vielfach mifsverstanden und falsch

interpretiert, dahin, das zu zerstören, was die Beobachtung der Kranken seit Jahrhunderten an Thatsachen aufgespeichert hat.

Die Heredität, diese der Reproduktion so überaus fähige Ursache der krankhaften Zustände in Familien, sollte nur ein Unsinn sein! Sie existiert für die neue Schule nur für die Mifsbildungen. Die Übertragung der Tuberkulose, der Skrophulose, der Lepra darf nur der Ansteckung, den Mikrobien oder ihren Sporen zugeschrieben werden! Und dennoch, wo bleibt das ganze Arsenal der Nervenkrankheiten? Wo ist das Mikrobion, welches auf Generationen die Epilepsie, die Verrücktheit, die Hysterie etc. überträgt? Wo ist das Mikrobion des Rheumatismus, des Herpetismus, der Gicht, der Steinbildung, der Trunksucht etc.?

Z. glaubt, ganz abgesehen von anderen Modi der Übertragbarkeit der Lepra, dafs es unmöglich sei, die Heredität dieser Krankheit zu bestreiten, weil klinische Thatsachen sie beweisen.

Alle Ärzte, welche längere Zeit hindurch die Lepra beobachtet haben, bestätigen häufig, dafs die Krankheit ein, zwei, ja noch mehr Generationen übersprungen hat, um wieder unter den Nachkommen aufzutauchen. Kinder, welche von leprösen Eltern abstammten und von ihnen seit ihrer Geburt getrennt, später niemals mit ihren leprösen Vorfahren in Kontakt gewesen sind, wurden trotzdem von der Lepra befallen.

Um über die Lepra Behauptungen aufzustellen, genügt es nicht, 2—3, durch Zufall ins Hospital geworfene Fälle zu sehen, sondern man mufs die Krankheit lange studieren, und Forschungen in den Ländern machen, in welchen die Lepra endemisch herrscht.

So ist in den Gegenden, in welchen die Lepra herrscht, diese oder jene Familie als lepröse bekannt und hinsichtlich einer Heirat gemieden, weil man weifs, dafs von Zeit zu Zeit die Lepra erblich bei einem Nachkommen auftritt.

In Konstantinopel giebt es ein krasses Beispiel von „Hérédité ancestrale“ oder besser von Atavismus.

Die Leprösen von Konstantinopel, deren es mehrere Hundert giebt, sind folgende:

A. Nichteinheimische der Stadt. Sie kommen von den Inseln des Archipels von Anatolien, von der Insel Kreta, von Cypern etc.

B. Israeliten, welche aus Spanien seit der Inquisition eingewandert und sich in der Türkei seit drei Jahrhunderten niedergelassen haben. Welches ist der Ursprung dieser Juden? Es sind direkte Abkömmlinge der Hebräer des Exodus. Sie sind direkt von Palästina bekanntlich unter Titus und unter Adrian nach Spanien gegangen. Diese Juden haben in Konstantinopel stets isoliert gelebt. Sie haben sich niemals mit anderen Elementen der ottomanischen Bevölkerung, wie Muselmanen, Griechen, Armeniern etc., verbunden. Sie haben ihren Typus, alle ihre Gewohnheiten und Sitten bewahrt. Nun, diese Juden, die direkten Abkömmlinge der Hebräer, sind die einzigen leprösen Eingeborenen. Kein anderer Konstantinopolitaner hat die Lepra. Ist das nicht ein frappierendes Beispiel von pathologischem Atavismus? Denn jedermann weifs, dafs die Hebräer der Bibel die Lepra hatten.

(Nach den eingehenden Forschungen von Münch ist dies durchaus irrig und somit der pathologische Atavismus des Autors, soweit er die Lepra der spanischen Juden in Konstantinopel betrifft, hinfällig. Deshalb braucht die Heredität indes noch nicht geleugnet zu werden, nur spielt dieselbe in dem vom Verfasser nicht sehr glücklich gewählten Beispiele höchstens eine gleichwertige Rolle neben der direkten Übertragung von Mensch zu Mensch. Das Endziel der angewandten Wissenschaft bleibt

die Beseitigung der Krankheiten. Und so mag die Absonderung der spanisch-jüdischen Sekte von der übrigen Bevölkerung als beachtenswertes Beispiel dafür dienen, wie durch strenge Isolierung die Lepra auf einen Herd beschränkt werden kann. Dieser Herd innerhalb der spanisch-jüdischen Sekte würde sich weiter verengern oder völlig verschwinden, wenn die türkische Regierung etwas weniger tolerant und indifferent den Leprösen gegenüber sich zeigte, wenn sie dieselben, event. unter Anwendung der ihr zu Gebote stehenden Machtmittel, streng isolierte, für die Verbesserung der hygienischen und socialen Verhältnisse dieser Sekte sorgte und derselben gesetzlich auftrüge, mit Traditionen zu brechen, die mit dem ehrwürdigen, erhabenen Mosaismus nichts zu thun haben, die nur ein Zerrbild desselben widerspiegeln und den modernen Gesetzen der Wohlfahrt und der Hygiene — zum Schaden am eigenen Leibe, zum Schaden der Mitmenschen — schnurstracks zuwiderlaufen. Nur die Prophylaxis wird die Lepra aus der Welt schaffen, nicht die Therapie. Ref.)

Die Kontagiosität der Lepra, von S. E. Mavrogeny. (S. 778). In einem an Zambaco gerichteten und für den Kongreſs bestimmten Briefe verteidigt der Autor die Kontagiosität der Lepra. Er sei, wie Zambaco selbst, gestern noch ein eifriger Antikontagionist gewesen, schlieſslich aber nach reiflicher Überlegung nahezu vom Gegenteil überzeugt worden.

Zu allen Zeiten — das Altertum, das Mittelalter, die Neuzeit liefern beredte Zeugnisse dafür — seien die Meinungen in dieser Frage geteilt gewesen. Sicher sei, daſs in der biblischen Geschichte, in der Geschichte des Mittelalters die Lepra als eine wesentlich kontagiöse Krankheit angesehen worden ist. Heute seien viele ausgezeichnete Leprologen aus überzeugten Antikontagionisten, wie der Autor selbst, überzeugte Kontagionisten geworden. Der Kongreſs habe die dankenswerte Aufgabe, die Natur der Lepra klarzustellen und die Völker von der drohenden Gefahr der Einschleppung und der Weiterverbreitung der entsetzlichen Krankheit zu befreien.

Über die Behandlung des Lupus mit starken Sublimatlösungen, von P. Aubert-Lyon. (S. 740.) Die vom Autor empfohlene Methode eignet sich besonders bei ausgedehntem Lupus des Gesichtes.

In Chloroformnarkose werden zunächst die ergriffenen Partien nach der Methode von Vidal skarifiziert, sodann mit in 1%iger wässeriger Sublimatlösung getränkten Wattetampons bedeckt; darüber wird ein impermeabler Stoff gelegt, um die Verdunstung zu verhindern und schlieſslich das Ganze durch Bandage fixiert. Die Sublimatlösung zerstört nicht das Gewebe, sondern tränkt damit die befallenen Regionen und ruft eine entzündliche Schwellung hervor, der ein Exsudat wie nach einem Vesikatore folgt.

Die erwähnten Sublimattampons werden auch auf den lupösen Schleimhäuten, beispielsweise des Naseneinganges, der Lippen und des Zahnfleisches (bei letzteren unter Beobachtung von Vorsichtsmaſsregeln) appliciert.

Man wiederholt diese Applikationen, so oft es nützlich erscheint. Während der ersten 6—7 Stunden sind dieselben ziemlich schmerzhaft. Eine merkurielle Intoxikation hat A. niemals zu verzeichnen gehabt. Gleich von der ersten Sitzung an ist eine bemerkenswerte Besserung zu sehen.

Die Methode erzielt zartere und plattere Narben, als jede andere Behandlung des Lupus.

Die Behandlung des Lupus erythematosus, von Baldomar Sommer (Buenos Ayres). (S. 772.) S. geht von der Annahme aus, daſs beim Lupus erythematosus

hauptsächlich die Talgdrüsen erkrankt sind, dafs vor Ausbruch der Krankheit meist eine Seborrhoe besteht, und dafs diese, wie BARTHÉLEMY glaubt, vorwiegend auf Verdauungsstörungen zurückzuführen ist. Diese zu beseitigen, ist die erste Aufgabe bei der Behandlung. S. hat einem Arzte, der eine grofse Lupusscheibe an der linken Wange und kleinere Stellen an dem linken Augenlide und der rechten Wange zeigte und an der Krankheit, verbunden mit Magenbeschwerden, bereits vier Jahre laborierte, zweimal täglich, also nach jeder Hauptmahlzeit, einzunehmen, $^1/_2$ g β-Naphtol verordnet und lokal einige Ätzungen mit Acidum carbolicum vorgenommen. Die Lupusstellen heilten relativ schnell ab und hinterliefsen flache Narben. Während der Behandlung konnte man sehen, dafs die Stellen sich bedeutend verschlimmerten, wenn der Patient das Naphtol nicht nahm. Der Autor behandelte auf dieselbe Weise weitere drei Fälle, deren Besserung sehr schnell vor sich ging. Nebenbei bemerkt S., dafs man man intensiv mit Acidum carbolicum ätzen kann, ohne viele Schmerzen zu verursachen. Man braucht nämlich, wenn die Ätzung sehr schmerzhaft wird, nur mit etwas Watte, die mit Alkohol getränkt ist, darüber zu fahren, um die Schmerzen augenblicklich aufhören zu machen.

Über Lupus erythematosus disseminatus, von PETRINI-Galatz. (S. 352.) Vortragender spricht einleitend über die Natur und das Wesen der Krankheit und teilt kurz den Standpunkt mit, welchen einzelne hervorragende Autoren zur Lupus erythematosus-Frage einnehmen. Die tuberkulöse Natur wird von den einen geleugnet, von anderen durch zahlreiche Beispiele bekräftigt. P., der eine beträchtliche Zahl von derartigen Patienten in Behandlung gehabt, hat sich von der tuberkulösen Natur des Lupus erythematosus nicht überzeugen können.

Der Fall, welcher dem Vortrage zu Grunde gelegt ist, betrifft ein 43jähriges Individuum, bei dem die Affektion nahezu die ganze Hautoberfläche, die Schleimhäute der Lippen, der Mundhöhle ergriffen hatte. Der Patient zeigte Plaques auf dem ganzen Gesichte, am Halse, auf der Brust, Rücken und an den Extremitäten. Trotzdem erfreute er sich lange eines guten Allgemeinbefindens, bis er plötzlich um die Zeit, als die Influenza herrschte, eines Tages von Fieber, intensiven Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindel und von einem leichten Bluthusten befallen wurde. Am folgenden Tage konstatierte P. an verschiedenen Stellen des Stammes dicke Blasen, die in den nächsten Tagen sich über den ganzen Körper verbreiteten, konfluierten und grofse Hautstrecken unterminierten. Nach Verlauf von zehn Tagen starb der Patient an dem pemhigusartigen Ausschlage. P. schreibt denselben, wie den rapiden Verlauf der Influenza zu.

Die Autopsie ergab eine ausgedehnte Anthrakosis in den Lungen, Pneumonie, Kongestionen in fast sämtlichen Visceralorganen. Das Halsmark zeigte Pachymeningitis.

Die mikroskopische Untersuchung ergab trotz der Lungenerscheinungen weder KOCHsche Bacillen, noch Riesenzellen. Neben den Befunden, wie sie andere Autoren nachgewiesen haben, fand sich in dem vorliegenden Falle eine bisher noch nicht erwähnte und deshalb interessante und wichtige partielle Thrombose der Blutgefäfse in der Haut und eine Pigmentation der Epidermiszellen. Dasselbe Pigment fand sich auch in den anthrakotischen Lungen. Da der Patient bei Lebzeiten kein Handwerk betrieben hatte, welches ihn mit Kohlenstaub in Berührung brachte, so mufs angenommen werden, dafs das Pigment in den Lungen, wie in der Haut hämorrhagischen Ursprunges sei.

So hat auch dieser wegen seiner Ausdehnung und interessanten Befunde seltene Fall die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus nicht hinreichend klarstellen können, aber er hat zur Genüge gezeigt, dafs die Affektion durchaus verschieden vom Lupus vulgaris sei.

Diskussion.

Brocq-Paris: Über die Natur des Lupus erythematosus sind die Ansichten der französischen Dermatologen geteilt. Besnier behauptet, dafs derselbe mit der Tuberkulose in Beziehung stehe, während Vidal dies energisch bestreitet. Angesichts dieser Divergenz ihrer Lehrer und Meister im Hôpital St. Louis befänden sich die jüngeren französischen Dermatologen in grofser Verlegenheit. Vortragender glaubt, nicht alle in Frankreich unter dem Namen Lupus erythematosus beschriebenen Fälle seien untereinander identisch. Ihrem Aussehen, ihrer Entwickelung, ihrer Reaktion auf die therapeutischen Mafsnahmen nach müsse man die Fälle in zwei Hauptgruppen teilen:

Die erste Gruppe umfafst diejenigen Fälle, bei denen die Läsion fixiert ist, die Krankheit sich nur sehr langsam entwickelt, nur nach und nach in der Peripherie sich ausdehnt und nach der Heilung, auch ohne dafs Caustica in Anwendung gekommen sind, tiefe, deprimierte, bisweilen eine Zeitlang sich hart anfühlende Narben hinterläfst. Zu dieser Gruppe gehört der Lupus erythematosus circumscriptus, der Lupus érythémato-acnéique, der Herpès crétacé de Devergie etc. Man kann auch hierher rechnen den Lupus érythémato-tuberculeux der alten Autoren oder den Lupus vulgaris erythematoides de Leloir, der in Wirklichkeit nur ein Lupus tuberculosus ist. Diese fixen Formen der ersten Gruppe des Lupus erythematosus können und dürfen am häufigsten mit der Tuberkulose in Verbindung gebracht werden. Mit Rücksicht auf diese Gruppe kann man sich der Ansicht Besniers anschliefsen.

Bei der zweiten Gruppe dagegen finden wir nur ganz oberflächliche, erythematöse und kongestive, sich rasch entwickelnde, häufig symmetrische Läsionen, welche ohne Narben zu hinterlassen, verschwinden können, oder nur sehr oberflächliche, zu Recidiven neigende Narben zurücklassen. Seit 1890 hat der Autor diese Form von dem fixen des Lupus erythematosus unterschieden und sie mit „Érythème centrifuge symétrique“ bezeichnet.

Auch hinsichtlich der Therapie unterscheiden sich beide Gruppen. Beim Erythème centrifuge symétrique mufs man sich hüten, tiefe Kauterisationen mit dem Paquelin oder Auskratzungen, gefolgt von der Applikation kaustischer Mittel, vorzunehmen, während gerade diese Mafsnahmen bei der Behandlung der ersten Gruppe ausgezeichnete Dienste leisten können.

Welches ist nun die Natur der Fälle dieser zweiten Gruppe? Sicher ist, dafs bei einer Anzahl derselben Zeichen von Tuberkulose oder wenigstens hereditäre Belastung nachgewiesen werden konnten. Ebenso steht fest, dafs bisweilen bei einem und demselben Individuum Symptome des Érythème centrifuge und des Lupus érythémateux fixe gleichzeitig vorhanden sind, Gründe, die es erklärlich sein lassen, weshalb Besnier mit solcher Hartnäckigkeit an der tuberkulösen Natur des Lupus erythematosus festhält. Andererseits ist es schwer, so oberflächliche, beinahe transitorische Läsionen als Symptome einer lokalen Tuberkulose anzusehen. Aus diesem Dilemma kommt man heraus, wenn man annimmt, dafs das Érythème centrifuge symétrique vor allem ein Erythem ist, das sich in den einen Fällen leichter auf einem skrophulo-tuberkulösen Terrain entwickeln kann, aber immer ein Erythem bleibt und als solches in anderen Fällen aus anderen Ursachen, beispielsweise vasomotorischen oder rein nervösen, hervorgehen kann.

Boeck-Christiania ist der Ansicht, dafs Lupus erythematosus in irgend einer Weise, direkt oder indirekt, in Verbindung mit der Skrophulo-Tuberkulose stehen müfste. In zwei beschriebenen Fällen, die wegen skrophulo-tuberkulöser Drüsentumoren behandelt worden wären, sei während dieser Behandlung ganz unerwartet Lupus

erythematosus hervorgebrochen. Bei genauer Untersuchung werde es sich herausstellen, dafs die überwiegende Mehrzahl derjenigen Individuen, die an Lupus erythematosus leiden, tuberkulös sind. Klinisch sei interessant, dafs in den kleinen zerstreuten Efflorescenzen des Lupus erythematosus disseminatus mitunter ganz kleine gangränöse Foci sich bildeten, welche mit den kleinen, pustulösen und pustulo-gangränösen Foci des Lichen scrophulosorum (HEBRA) eine auffallende Ähnlichkeit haben. Die disseminierte Form des Lupus erythematosus komme übrigens in Norwegen nicht so selten vor.

CROCKER-London hält den Lupus erythematosus für eine Entzündung der Haut, wahrscheinlich an erster Stelle angioneurotischen Ursprunges, die häufig auf Störungen der weiblichen Genitalsphäre oder durch Reizung der Schleimhaut des Verdauungstractus hervorgerufen werden kann.

Eine Invasion von Parasiten in die Epidermisschichten mag ebenfalls zum Entstehen der Affektion Anlafs geben. Bei der Behandlung müsse dann dieser Faktor berücksichtigt werden, wenn man einen guten Erfolg erzielen wolle. Redner müsse gestehen, dafs die Anamnese häufig Phthisis in der Familie der Patienten ergebe, dafs die Tuberkulose ein prädisponierendes Moment für die Affektion bilde, jedoch nicht direkt pathogen sei. Der Lupus erythematosus sei weder zur Tuberkulose im allgemeinen, noch zum Lupus vulgaris im besonderen in direkte Beziehung zu bringen.

Über Gonokokkenkulturen, von A. RISSO. (S. 771.) R. hat nach der Methode von GEBHARD Kulturversuche mit dem Gonococcus Neisser angestellt und positive Resultate erzielt. Es glückte ihm, auch den Gonococcus aus Reinkulturen auf flüssige Nährböden zu übertragen und darin zum Wachstum zu bringen. R. verwendete hierzu ein Gemenge von 1 Teil sterilisiertem Placentarblutserum mit 2—3 Teilen Bouillon mit Pepton.

Gonokokkenimpfungen in die vordere Augenkammer eines Meerschweinchens ergaben Trübung des Kammerwassers, in welchem Gonokokken in Eiterzellen und frei nachweisbar waren.

R. glaubt, dafs die Züchtung der Gonokokken nach GEBHARD zu diagnostischen Zwecken verwendbar sein werde, und schliefst aus dem Gelingen der Bouillonkulturen, dafs die Eigentümlichkeit der Gonokokken, auf serösen Häuten und Schleimhäuten zu gedeihen, ihre Erklärung finde.

Zur Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe, von H. ISAAK-Berlin. (S. 708.) Vortragender ist mit den von NEISSER bezüglich der Therapie der Gonorrhoe aufgestellten Thesen im allgemeinen einverstanden. Durch NEISSERS grofsartige Entdeckung der Gonokokken seien der Diagnose und der Therapie der Gonorrhoe neue Bahnen gezeigt worden, aber die therapeutischen Erfolge hätten mit der Sicherheit in der Erkennung der Krankheit nicht gleichen Schritt gehalten. Eine grofse Zahl von Fällen spotteten nach wie vor allen therapeutischen Mafsnahmen. Bei der Gonorrhoebehandlung bereite es besondere Schwierigkeit, das Fortschreiten des Entzündungsprozesses auf der Schleimhaut der Urethra und ihr Eindringen in die Tiefe zu verhindern. Diese Schwierigkeit werde durch den Gebrauch ungeeigneter Medikamente und Instrumente noch erhöht. So halte er die Tripperspritze für eines der unnützesten medizinischen Instrumente, weil ein grofser Teil der Gonokokken durch den bei der Einspritzung ausgeübten Druck nach hinten befördert und so geradezu das Zustandekommen der Urethritis posterior begünstigt werde. Redner steht nicht an, zu behaupten, dafs sogar die meisten Folgekrankheiten des Trippers, wie Epididymitis und Blasenkatarrh in vielen Fällen nur ungeschicktem Einspritzen seine Entstehung verdankt. Unter den zahlreichen Mitteln, welche in den letzten

Decennien zur Gonorrhoebehandlung empfohlen worden sind, hat keines vermocht, auf längere Zeit eine dominierende Stellung einzunehmen. Man sollte eigentlich nur parasiticide Lösungen einspritzen. Sublimat reize auch in der schwächsten Verdünnung die Harnröhrenschleimhaut, während Karbol erst in stärkerer Konzentration bakterienvernichtend wirke. Vom Argentum nitricum habe er leider nicht die gepriesenen Erfolge gesehen. Nach jahrelangen Erfahrungen und zahlreichen Mifserfolgen ist Vortragender zu der Überzeugung gelangt, dafs der Tripper, wie viele andere Infektionskrankheiten, eine cyklisch verlaufende Krankheit sei, die in den ersten Wochen überhaupt nicht lokal, sondern rein exspektativ behandelt werden sollte. Eine sorgfältig ausgewählte geregelte Diät, Entziehung aller Alcoholica, Anlegung eines gut sitzenden Suspensoriums und viel Ruhe seien im stande, die Krankheit in 4—6 Wochen zum Erlöschen zu bringen. Das Einzige, wozu er sich auch bei 14tägigem Bestehen der Gonorrhoe, zumeist auf Drängen der Patienten, entschliefse, seien Berieselungen der Harnröhre mit 1—2%igen Bor- oder Salicyllösungen. Von der internen Therapie halte er nicht viel. Nur bei Blasenkatarrhen nach Gonorrhoe leiste das Sandelholzöl wirklich vorzügliche Dienste und beseitige oft schnell die unerträglichsten Beschwerden.

Bei der chronischen Gonorrhoe habe er von der Anwendung des 2%igen Salicyl- oder Borvaselins, vermittelst der Tommasolischen Salbenpistole in die hintere Harnröhre befördert, die besten Erfolge gesehen. Falls nach achtwöchentlichem Bestehen der Blennorrhoe kein Ausflufs mehr vorhanden, die etwaigen im Urin anwesenden Tripperfäden frei von Gonokokken sind, rät Vortragender von jeder weiteren Behandlung ab, da die Tripperfäden hier gerade auf einen Heilungsprozefs schliefsen liefsen, analog der äufseren Haut, wo ein Entzündungsprozefs, der die Epidermis treffe, in der Weise ausheile, dafs die oberste Schicht durch die von unten nachwachsende Epidermis in Fetzen abgestofsen werde. Bei der Heilung der Gonorrhoe regeneriere sich die Schleimhaut, und der Urin schwemme die abgestorbene Schleimhaut in Form von Fäden fort.

Zu einer instrumentellen Untersuchung und Behandlung der Harnröhre rate er nur, wenn die dringendste Indikation dazu vorliege.

In der Diskussion bemerkt Köbner-Berlin, dafs die Bezeichnung „Gonorrhoe“, welche aus dem Altertum stamme und eigentlich Samenflufs bedeute, durch „Blennorrhoe“ und dementsprechend auch „Gonococcus“ durch „Blennococcus“ zu ersetzen sei.

Über den therapeutischen Wert von subkutanen Quecksilberinjektionen, von Houlky Bey-Konstantinopel. (S. 652.) Vortragender hat innerhalb von drei Jahren an der syphilitischen Klinik der École de Médecine und in der Privatpraxis an 337 Personen 8000 Injektionen mit Kalomel und Sublimat vorgenommen und hierbei Erfahrungen gemacht, die ihn zu folgenden Schlüssen berechtigten:

1. Im allgemeinen wirken in der Therapie der Syphilis subkutane Injektionen mit löslichen oder unlöslichen Quecksilbersalzen viel rascher als andere Methoden auf die durch den Merkur heilbaren Manifestationen der Syphilis ein.

2. Niemals entsteht durch Injektion von Quecksilber an sich ein Abscefs oder eine Gangrän, wenn nach der Vorschrift Smirnoffs strengste Antisepsis beim Einspritzen beobachtet wird. Abscesse und Gangrän nach Injektionen sind ohne Zweifel auf das Eindringen von pyogenen oder anderen Mikrobien, vielleicht durch nicht genügend gereinigte Injektionsspritzen, zurückzuführen. Das Quecksilberpräparat an sich ruft nur eine einfache Infiltration der Gewebe hervor.

3. Man vermeidet die Infarkte und andere mifsliche Zufälle, wenn man als Excipiens für das Quecksilber sich solcher Substanzen bedient, die sich mit dem Blute vermischen. Wenn man aber als Vehikel Öle gebraucht, die mit dem Blute

sich nicht mischen, so genügt unter unglücklichen Umständen ein einziger Tropfen, in eine kleine Vene eingespritzt, um schwere Symptome seitens der inneren Organe hervorzurufen.

4. Was die Stomatitis mercurialis betrifft, so ist eine solche bei Einspritzungen mit löslichen Quecksilbersalzen, namentlich mit Sublimat, leicht zu beherrschen. Dagegen ist doppelte Vorsicht geboten und auf eine möglichst intakte Mundschleimhaut und auf gut erhaltene Zähne zu achten bei unlöslichen Präparaten, namentlich beim Kalomel, um eine Stomatitis zu vermeiden, deren Ursache man aufser stande ist, sofort zu beseitigen. Im übrigen zeigen die Quecksilbereinspritzungen keine gröfsere Neigung, Salivation hervorzurufen, als andere Applikationen des Merkurs.

5. Wegen der genauen Dosierung des Medikaments scheint die Injektionsmethode wissenschaftlicher zu sein. Bei derselben werden deshalb auch leichter gastrische Störungen und Merkurialekzeme vermieden. Bei der Methode bediene man sich der wässerigen Quecksilberlösungen und hüte sich, in eine Vene einzuspritzen.

Zeigen die Patienten ein schlechtes Zahnfleisch, kariöse Zähne, Erscheinungen von Nierenreizung, so enthalte man sich am besten der Einspritzungen mit Kalomel oder mit anderen unlöslichen Quecksilberpräparaten.

Die Adenitis inguinalis bei chronischer Urethritis der Pars membranacea des Mannes, von Campana-Genua. (S. 697.) Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus müsse man drei Formen der Adenitiden unterscheiden: die hyperplastische, die indurative und die suppurative Form. Unter Zutritt von Eitererregern könne die hyperplastische in die eiterige Form übergehen oder beide nebeneinander auftreten. Hierbei spielten pyogene Schizomyceten und Staphylokokken eine gröfsere Rolle, als die Gonokokken.

Janovsky-Prag bemerkt in der Dikussion, dafs Anschwellungen der Leistendrüsen häufig bei denjenigen chronischen Gonorrhoen vorkommen, welche einer mehr reizenden Therapie unterworfen wurden, so namentlich nach wiederholten Ätzungen. Bei den akuten gonorrhoischen Adenitiden handle es sich zumeist um Mischinfektionen mit Eiterkokken. Der Gonococcus spiele hier keine Rolle. Bei 40 genau bakteriologisch untersuchten Fällen, von denen drei Tripperbubonen betrafen, fand J. blofs Eiterkokken, niemals Gonokokken. Nach den neueren Untersuchungen Pellizaris über eiterige Entzündungen in der Nachbarschaft der Urethra (Periurethritis) müsse die Frage neu studiert werden unter Zugrundelegung der Differenzierungsmethode Roux-Steinschneiders und event. Kulturen nach der Methode Wertheims.

Die Behandlung des Favus und der Trichophytie mit Naphtol, von Viñeta Bellasera-Barcelona. (S. 773.) Beim Favus werden zuerst die Haare epiliert, dann eine ordentliche Waschung mit Sapo viridis vorgenommen. Hierauf wird zweimal täglich eine Salbe appliciert, die folgende Formel hat:

℞ *Naphtol-β*	12,0—14,0
Vasel.	100,0
Bals. Peruv.	1,0
Mf. ung.	

Zwei Epilationen sind genügend.

Die Krankheit heilte in 4—6 Monaten (Maximum) definitiv ab.

Bei der Trichophytie werden die betreffenden Stellen dreimal wöchentlich rasiert, sodann wird während der Nacht dieselbe Naphtolsalbe appliciert, am Tage eine Waschung mit einer 12%igen alkoholischen Naphtollösung vorgenommen. Die Behandlungszeit variiert zwischen 2—3—5 Monaten. In einem Zeitraume von drei

Jahren hat der Autor 156 Fälle von Trichophytie und 85 Fälle von Favus in der obigen Weise behandelt und die besten Resultate erzielt.

Über die Behandlung der Elephantiasis (Elephantiasis Arabum) mit Elektricität und mit einigen anderen unterstützenden Mitteln, von DA SILVA ARAUJO-Rio de Janeiro. (S. 737.) Seit 12 Jahren behandelt der Autor die Elephantiasis mit Elektricität und verordnet als Adjuvans für seine Methode innerlich wie äußerlich Ichthyol. In anderen Fällen gebraucht er zur Unterstützung die Massage, die elastische Kompression, Hochlagerung, Ruhe, Tonica, Diuretica, Purgantien etc. Aus den beigefügten Bildern ist thatsächlich die unter der Elektricität fortschreitende Besserung ersichtlich. Die Abbildungen sowohl wie die genaue Beschreibung der Methode finden sich in dem dritten Bande des *Atlas des maladies de la peau* von DA SILVA ARAUJO.

Die Mißerfolge, die andere Autoren bei der Methode erfahren haben, glaubt A. auf mangelhafte Technik zurückführen zu müssen.

Es werden einige Fälle mitgeteilt, die unter dem ausschließlichen Gebrauch elektrischer Bäder und des Ichthyols geheilt worden sind. Das Ichthyol leistet namentlich beim lymphatischen Ödem, welches so häufig in Elephantiasis auszugehen pflegt, vorzügliche Dienste. Auf diese Weise ist es dem Autor in mehreren Fällen gelungen, eine im Entstehen begriffene Elephantiasis zu heilen. Das Ichthyol gebrauchte der Autor in Tagesdosen von 1—2 g, und zwar in Pillenform, oder in Kapseln oder in Sirup. Äußerlich wandte er eine 10—50%ige Ichthyolsalbe mit Lanolin und Vaselin zu gleichen Teilen als Excipiens an.

Die erste Behandlung bei Verbrennungen und Verbrühungen, von ROSSBERGER-Jaroslau. Die Indikationen für die erste Behandlung der Combustio sind durch den pathologisch-anatomischen Zustand der afficierten Gewebe gegeben. Da es bei Verbrennungen und Verbrühungen auf rasches, zielbewußtes Eingreifen des Arztes sehr viel ankommt, so müssen die Indikationen für die einzelnen therapeutischen Proceduren genau präcisiert sein, ebenso wie bei den geburtshülflichen Operationen.

1. Verbrennungen ersten Grades kennzeichnen sich durch Rötung, Schwellung, Schmerzen, event. allgemeine Symptome geringeren Grades. Die Kontinuität der Gewebe ist wenigstens äußerlich erhalten. Es genügt dann trockene Kälte, Einpudern und Einhüllen in BRUNSsche Watte.

Salben, Duschen und Bad sind hier nicht indiciert wegen der Gefahr unnötiger Maceration, Eröffnung von Infektionspforten und Erschwerung der Lebensfunktionen und des Transportes.

Wegen derselben Gründe, insbesondere aber wegen der Gefahr der Sepsis und Autointoxikation, sind auch bei den anderen Graden der Verbrennung für die erste Behandlung Salben, Duschen, Bäder kontraindiciert und am besten Puder-Watte-Verband anzuwenden, um die Luft und ihre pathogenen Mikroorganismen abzuschließen.

Als Puder ist am besten Bismuthum subnitricum, Dermatol und Alumen plumosum (Federweiß) zu empfehlen. Dieselben sind gut schmerzstillende, leicht adstringierend-antiseptische und unschädliche Mittel. Diese Mittel sollten auch dem Laienpublikum bekannt gegeben werden, damit es selbst bis zur Ankunft des Arztes die erste wirksame Hülfe leisten kann.

Die allgemeinen Symptome sind mit Excitantien, event. mit Atropin und Äther (Paralyse, muskarinähnliche Symptome), zu bekämpfen.

Kokain als Lokal-Anästheticum, von MORAGA-Santiago. (S. 763.) Die Resultate seiner Beobachtungen, die M. bei dem Gebrauche des Kokains als Lokal-Anästheticum gemacht hat, werden in folgenden Schlußsätzen mitgeteilt:

1. Die Solution von Kokain in destilliertem Wasser verliert nach einiger Zeit einen grofsen Teil ihrer Wirkung.

2. Es soll in allen Fällen statt destillierten Wassers Kirschlorbeerwasser (Aqua Laurocerasi) zur Anwendung kommen.

3. Kokain ist ein vorzügliches Anästheticum.

4. Die Intensität und Extension der Anästhesie variiert, je nach der angewendeten Dosis; bei manchen Fällen sind dieselben komplett, bei anderen inkomplett.

5. Die Wirkung des Kokains hängt auch von der individuellen Empfänglichkeit ab; kleine Dosen erzeugen zuweilen sehr heftige Effekte, und vice versa.

6. Im allgemeinen bildet sich nach einiger Zeit eine gewisse Toleranz; jedoch stets nach und nach und ohne dafs ein wirklicher Kokainismus erzeugt wird.

7. Man soll niemals mit mehr als 2—4 cg beginnen und nie die Dosis von 10 cg überschreiten.

8. Im allgemeinen sind lymphatische und nervöse Temperamente, Weiber, Kinder und, aus welchem Grunde immer, geschwächte Personen überhaupt gegen dieses Medikament am meisten empfindlich.

9. Nur 10 cg überschreitende Dosen können die allgemeinen Effekte, wie Kühlwerden der Extremitäten, respiratorische Beklemmung, Palpitationen etc., hervorbringen.

10. Das Kokain hat keine nachträgliche Folgewirkung; wenn man zuweilen dessen Gebrauch einstellen mufs, so ist es blofs infolge der immediaten Wirkung.

11. Ich bin der Ansicht, dafs die Anwendung dieses Mittels in der Praxis für jeden Arzt, der dessen Wirkung kennt, obligatorisch ist.

12. Dessen Anwendung, insolange die bezeichneten Dosen nicht überschritten werden, ist mit keiner Gefahr verbunden.

Dermatologische Therapeutik, von Soffiantini-Pavia. (S. 296.) S. spricht über die Wirkung, welche die Thermalquellen von Aquarossa in der Schweiz (arsen- und lithionhaltige Eisensäuerlinge) auf einige Hautkrankheiten ausüben. Die klinischen Beobachtungen, welche zum Teil unter der Kontrolle von Prof. Scarenzio angestellt worden sind, erstrecken sich auf einen Zeitraum von acht Jahren und umfassen 139 Fälle der verschiedensten Hautkrankheiten, darunter am meisten Ekzeme, dann folgen der Häufigkeit nach Psoriasis, Pruritus senilis etc. Es sind Fälle von Pemphigus, Prurigo, Skrophulose u. a. durch eine hinreichend lange Behandlung mit den Wässern vollständig geheilt worden.

Die Temperatur der Mineralthermen von Aquarossa beträgt 26° C. Dieselben sind ziemlich stark arsenikhaltig (2,0486 g auf 1000 g trockene Limone) und deshalb für gewisse Dermatosen von besonderer Wirksamkeit.

Die Wässer werden äufserlich zu Bädern verwandt und auch innerlich eingenommen, letzteres aber nur dann, wenn die Verdauung der Patienten eine gute ist.

Klinischer und histologischer Beitrag zur Psorospermosis cutanea vegetans, von de Amicis-Neapel. (S. 273.) Der Fall betrifft einen 16jährigen Jüngling, in dessen Familie ein ähnlicher Fall nicht vorgekommen ist. Der Patient hat früher an Furunkeln gelitten, die mit Hinterlassung von zum Teil noch jetzt vorhandenen Narben abgeheilt sind.

Die Affektion besteht seit dem Jahre 1889 und zeigt folgende charakteristische Merkmale:

1. Zahlreiche, stecknadelkopfgrofse, den Talgdrüsenmündungen entsprechende, mit dunkelbraunen Krusten bedeckte Knötchen (Komedonen).

2. Papulöse Erhabenheiten von Linsen- bis Erbsengröfse, bedeckt mit braunen Krusten.

3. Unregelmäfsig begrenzte, gelbbraune, vielfach konfluierende Flecken mit leichter Epidermisabschuppung (Pityriasis versicolor).

4. Hie und da zerstreute Aknepusteln.

5. Kleine Infiltrate von braunroter Farbe, die wie Hämorrhagien aussehen und von einer hellroten Zone umgeben sind.

6. Schwach erhabene, sepiabraune, leicht schuppende Efflorescenzen, teils isoliert, teils in der Umgebung von

7. Plaques, welche verschieden grofs sind und 3—5 cm Durchmesser haben, eine Hautinfiltration von braunroter Farbe darstellen.

8. Vegetierende, fungöse Massen, welche eine serös-eiterige Flüssigkeit absondern.

Die topographische Verteilung der Läsionen wird ausführlich mitgeteilt. Vollständig frei von der Affektion ist die Kopfhaut, die Dorsal- und Palmarfläche beider Hände. Von der eigentlichen Psorospermose sind befallen der Rücken, am stärksten die rechte Inguinalgegend, rechte Achselhöhle, weniger stark die linke Achselhöhle. Die Nägel sind intakt.

Vortragender bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Diagnose und pathologische Anatomie und bekennt sich auf Grund seiner klinischen wie histologischen Beobachtungen zu den Anhängern der parasitären Theorie.

Über spontane Keloide, von Carl Berliner - Aachen. (S. 707.) Der Fall, welcher dem Vortrage zu Grunde gelegt ist, betrifft einen 21jährigen Schreiner, der in seiner Jugend gesund war, im Alter von 16 Jahren an den Armen, auf dem Rücken, am Sternum Knoten bekam, die nach den Angaben des Patienten wie Blutschwären aussahen, welche jedoch nicht aufbrachen, sondern allmählich hart wurden. Vor drei Jahren entstand hinter dem linken Ohre, in der Gegend des Processus mastoideus, ein erbsengrofser Knoten, der im Hospital excidiert wurde. Nach wenigen Wochen entwickelte sich an der operierten Stelle ein Narbenkeloid. Auch dieses wurde operiert, jedoch ohne nachhaltigen Erfolg. Schon nach vier Wochen zeigte sich in gröfserem Umfange ein Recidiv. Patient kam in die Poliklinik des Vortragenden, der vom Oberarm einen Knoten excidierte und durch konstanten Druck auf die operierte Stelle die Entwickelung eines Recidivs hintanzuhalten suchte. Der Erfolg blieb jedoch aus. Nach sechs Wochen war im Bereiche der Excisionsstelle eine hypertrophische Narbe entstanden.

B. beschreibt ausführlich den Status. Es handelt sich um knorpelharte Knoten, leicht bläulichrot gefärbt oder ein mehr weifsliches Aussehen zeigend. Die Haut über den Knoten ist, abgesehen von jener Verfärbung, normal.

Vortragender bespricht die Histologie des spontanen Keloids auf Grund der mikroskopischen Untersuchung des excidierten Stückchens, ebenso die Anatomie des Narbenkeloids und der hypertrophischen Narbe, und erwähnt die diesbezügliche Litteratur.

Was die Ätiologie betrifft, stimmt B. mit denjenigen Autoren überein, welche annehmen, dafs es primär sich entwickelnde oder spontane Keloide nicht gebe, sondern dafs alle derartigen Bildungen sekundär von akneartigen Störungen ausgehen.

(Referent hat diesen Fall weiter beobachtet und behandelt und wird demnächst ausführlich darüber in *dieser Zeitschrift* berichten.)

Demonstrationen und Erläuterung von Abbildungen interessanter und seltener Hautkrankheiten, von Jonathan Hutchinson-London. (S. 429.)

I. Xanthoma diabeticorum.

Der 45jährige Patient zeigt auf dem Gesichte, der Brust, dem Abdomen etc. gelbe, zumeist erbsengrofse Tumoren. Dieselben scheinen sich um die Mündung der Haarfolikel zu entwickeln, zeigen jedoch keine Tendenz zur Entzündung. Die Xan-

thome sind ziemlich rapide entstanden, ohne dafs eine Ursache für dieselben festgestellt werden konnte. Zncker im Urin des Patienten fand sich nicht, auch eine Leberkrankheit war nicht vorhanden.

Die Behandlung bestand in der Verordnung von Merkur und grofsen Dosen von Taraxacum. — Nach Verlauf eines Jahres waren die Tumoren nahezu vollständig verschwunden. In Gegensatz zu diesem Falle zeigt H. Bilder von einem Falle von multiplem Xanthelasma mit chronischer Lebererkrankung. Der Patient war ikterisch und hatte eine vergröfserte Leber.

II. Lentigines seniles und melanotische Färbung bei Epithelialcarcinom.

Die Krankheit trifft man zumeist bei alten Leuten an. Sie tritt niemals symmetrisch auf; obgleich für gewöhnlich beide Körperseiten von Greisenflecken befallen sind, so ist dennoch die melanotische Verfärbung niemals gleichmäfsig stark auf beiden Seiten; zuweilen ist überhaupt nur eine Seite — in den Fällen des Vortragenden häufig die rechte — ergriffen. In einem Falle erstreckte sich die melanotische Verfärbung auf die Conjunctiva des Augenlides, den Augapfel, sogar bis auf die Cornea. Die Affektion kann viele Jahre bestehen und zeigt keine Tendenz zur Ulceration. In einigen Fällen jedoch hat sich neben der Melanosis ein bösartiges Geschwür von epithelialem Charakter entwickelt. Dieses Geschwür war stets frei von Pigment; es brach auch niemals auf dem Boden einer melanotischen Stelle, sondern stets neben einer solchen aus. H. glaubt, auf Grund seiner Beobachtungen irgend einen Zusammenhang zwischen Melanosis und Epithelialcarcinom annehmen zu müssen.

III. Über echte Yawskrankheit.

H. demonstriert kolorierte Bilder, welche die verschiedenen Stadien von echtem Yaws illustrieren sollen. Nach H.'s Ansicht ist die Krankheit nichts anderes als wirkliche Syphilis, wie sie bei dunklen Rassen, namentlich in den Tropenländern, vorkommt. In den gemäfsigten Zonen finde man sie nicht, und es scheine auch nicht möglich zu sein, sie in dieselben zu übertragen. Deshalb habe man in Europa nur aufserordentlich wenig Gelegenheit, die Krankheit zu studieren. Dieselbe sei heilbar durch Merkur und Jodkalium. Auch dies spreche für Syphilis oder für eine derselben nah verwandte und sich unter ähnlichen Gesetzen entwickelnde und verlaufende Affektion.

IV. Infektiöse Angiomata und Lymphangiomata der Haut mit besonderer Beziehung auf ihre Behandlung. (S. 579.)

Die 18jährige Patientin hatte bei der Geburt keinen Naevus. In der Kindheit entwickelte sich am Rande der Achselhöhle ein vaskulärer Fleck, der als Naevus angesehen und von Sir William Mc. Cormac excidiert wurde. Es bildete sich an der Operationsstelle gesundes Narbengewebe. Nach einiger Zeit entstanden in der benachbarten Haut andere kleine Büschel von roten Blutgefäfsen, die sich durch Infektion über die ganze obere Hälfte der Mamma ausbreiteten. In diesem Zustande wurde das Mädchen 10 Jahre nach der Excision des sog. Naevus photographiert. H. hat derartiger Fälle 12 bis jetzt gesehen. Die Affektion ist zuweilen aber nicht immer mit einem kongenitalen Naevus verbunden, beginnt gewöhnlich in der Kindheit, scheint infektiösen Charakters zu sein und breitet sich serpiginös in der Nachbarschaft aus. Anatomisch handelt es sich um Lymphangiome, klinisch erinnert die Krankheit an Lupus, mit dem sie vor allem die Behandlung — Auskratzung, Excision, Kauterisation — gemein hat.

Demonstrationen von Wachsmodellen, Photographien und mikroskopischen Präparaten, von R. Crocker-London. (S. 500.)

I. Dermatitis repens.

Der erste Fall, den C. gesehen, betraf einen jungen Mann, dem gelegentlich eines Unfalles ein Teil eines Fingers amputiert werden mufste. Die Heilung ging normal vor sich, aber am Rande der Wunde entwickelte sich eine Dermatitis, welche sich allmählich auf die Handfläche erstreckte, nach und nach die Hälfte der Hand und sämtliche Finger ergriff. Der gewöhnliche Anblick täuschte ein Eccema rubrum vor. Die dünne Haut war von Epidermis entblöfst, stark rot mit nässenden Stellen, aus denen wie Schweifstropfen eine klare Flüssigkeit durchsickerte; am Rande des scharf begrenzten Entzündungsgebietes war die Epidermis von Flüssigkeit unterminiert und schwach erhaben. Die Krankheit schritt beständig etwa um $^1/_8$—$^1/_4$ Zoll die Woche weiter und war innerhalb von einigen Monaten über den ganzen Vorderarm bis zum Ellenbogengelenk hinaufgekrochen, während sie gleichzeitig an der Hand abheilte und eine rote, zarte Haut hinterliefs. Die Affektion widerstand anfangs hartnäckig allen äufserlich und innerlich angewandten Mitteln, bis schliefslich lokal applicierte Antiseptica das Leiden zum Stillstand brachten.

Seitdem hat Vortragender eine Reihe ähnlicher Fälle gesehen, die er ausführlich beschreibt. Am Schlusse dieser Demonstration fafst C. noch einmal den Symptomenkomplex der Affektion zusammen, bespricht die Differentialdiagnose und die Ätiologie derselben. Dem klinischen Bilde und dem therapeutischen Resultate nach zu urteilen, handelt es sich hier um eine peripherische Neuritis, welche von einer Verletzung ausgeht, zu einer oberflächlichen Dermatitis führt und infolge von Mikrobieninvasion schleichend weiterschreitet, um erst von antibakteriellen Mitteln überwunden zu werden.

II. Adenoma sebaceum.

Die Affektion trifft häufiger chronische Epileptiker und mit anderen Gehirndefekten behaftete Leute. Man kann zwei Typen der Krankheit unterscheiden. In dem einen sind Telangiektasien, sowohl in den Läsionen selbst wie in der Nachbarschaft derselben, der hervorstechendste Zug. In dem anderen Typus fehlen die Telangiektasien nahezu vollständig. Die Läsionen haben hier das Aussehen von miliaren, wachsglänzenden Knötchen.

Die Tumoren in den von C. beobachteten Fällen waren von gelblichbrauner Farbe und befanden sich sämtlich um den Mund und die Nase. Die Lokalisation auf dem Gesichte, namentlich in den Nasolabialfalten, ist ein charakteristisches Merkmal der Affektion.

C. beschreibt drei Fälle derselben und teilt die Resultate der mikroskopischen Untersuchung mit. Den klinischen und anatomischen Befunden nach ist die Affektion das Produkt einer Entwickelungsstörung der Haut, welche nicht nur die Talgdrüsen, sondern auch die Haarfollikel und Schweifsdrüsenknäuel in Mitleidenschaft zieht.

III. Acne scrophulosa.

Akneartige Eruptionen an den Extremitäten Erwachsener sind in Verbindung mit kachektischen Zuständen wohl bekannt, aber doch keine sehr häufige Erscheinung. Gelegentlich sieht man sie auch bei Erwachsenen ohne deutliche Kachexie. Anders bei Kindern. Abgesehen von einigen Pusteln als Komplikation der schlimmsten Formen des Lichen scrophulosorum, ist eine Acne vulgaris bei Kindern noch nicht beschrieben. Thatsächlich ist eine solche auch ein aufserordentlich seltenes Vorkommnis. Während seiner 14jährigen Thätigkeit im Kinderhospital und auch im University College Hospital hat C. nur drei Fälle in Behandlung gehabt. Nur ein einziger Fall ist von Pringle in der Londoner dermatologischen Gesellschaft gezeigt

worden. C. beschreibt seine drei Fälle, bei denen die Akne sich auf dem Boden von Skrophulose entwickelte.

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

26. Band. Heft 3. 1894.

I. **Kann die Behandlung mit Quecksilber Cylindrurie und Albuminurie hervorrufen?** von E. Welander-Stockholm. In einem früheren Aufsatze „Über Albuminurie und Cylindrurie durch Syphilis und Quecksilber" (*Nord. Med. Arkiv.* Bd. 23. No. 29) hatte Verfasser die Ansicht ausgesprochen, daſs Cylindrurie und Albuminurie, auf Syphilis beruhend, nur selten in einem frühen Stadium derselben auftreten, daſs aber eine kräftige Quecksilberbehandlung sehr oft eine Cylindrurie, zuweilen auch eine Albuminurie, je nach der individuellen Disposition, in schwererer oder milderer Form Anlaſs geben könne. Eine derartige, auf Hg-Behandlung beruhende Cylindrurie oder Albuminurie geht schnell vorüber und hinterläſst in der Regel keine Disposition für Nephritis. Will man feststellen, inwieweit das Hg bei seinem Durchtritt durch die Nieren eine Reizung in denselben hervorrufe und nachteilig auf sie einwirke, so genügt es nicht, mit den gewöhnlichen Reagentien die im Harn vorhandene Menge Eiweiſs zu finden, sondern es ist notwendig, genaue mikroskopische Untersuchungen über die Formelemente, namentlich die Cylinder, anzustellen, die im Urin vorkommen können. Zu diesem Zwecke bedient sich Verfasser des Stenbeckschen Sedimentators.

Angeregt besonders durch die gegenteiligen Ansichten Schwimmers auf dem II. internationalen Dermatologenkongresse in Wien 1892, hat Verfasser weitere Untersuchungen in dieser Richtung angestellt. Das Resultat derselben ist ungefähr folgendes: Die Syphilis an und für sich verursacht nur ausnahmsweise Cylindrurie. Bei der Hg-Behandlung steigt der Cylindergehalt konstant mehr oder weniger, solange die Behandlung mit Hg dauert, und zwar ist derselbe bei Schluſs der Behandlung mehr oder weniger bedeutend gröſser, als bei Beginn und bei gesunden Personen. Daraus geht hervor, daſs der vermehrte Cylindergehalt in der Hg-Elimination durch die Nieren und in der aus derselben resultierenden mehr oder weniger starken Nierenreizung ihren Grund hat. Der Cylindergehalt nimmt nach Schluſs der Behandlung allmählich ab und ist in der Regel 4—6 Wochen nach beendigter Behandlung verschwunden. Daſs die Cylindrurie thatsächlich auf der Quecksilberelimination und nicht auf der Syphilis an sich beruht, geht daraus hervor, daſs bei Schluſs der Behandlung, wenn die syphilitischen Symptome verschwunden sind und die Hg-Elimination groſs ist, der Cylindergehalt entsprechend groſs ist, während nach Elimination des gröſsten Teiles des Quecksilbers bei Eintritt eines Recidivs mit neuen syphilitischen Symptomen sich nur wenig oder gar keine Cylinder im Urin finden.

Beim Auftreten der Cylindrurie scheinen noch andere Momente, wie die Körperkonstitution, besonders aber das Alter der Patienten eine Rolle zu spielen. Nach den Untersuchungen des Verfassers zeigen bei Schluſs der Hg-Behandlung Patienten unter 40 Jahren in 27%, Patienten über 40 Jahre in 70% Cylindergehalt.

Weiter konstatiert Verfasser, daſs das tertiäre Stadium auch unabhängig von dem Alter der Patienten für Hg-Cylindrurie prädisponiere. Der Grund mag aber auch darin liegen, daſs bei Patienten mit ernsten tertiären Symptomen die Hg-Behandlung

eine kräftigere und demnach auch die Elimination des Quecksilbers eine gröfsere gewesen ist.

Verfasser erörtert sodann die Frage, welchen Einflufs die verschiedenen Formen der Einführung des Hg in den Organismus auf das Auftreten der Cylindrurie ausüben können. Entsprechend der schnelleren oder langsameren Absorption, resp. Elimination des Hg bei den einzelnen Formen der Behandlung wird auch die Cylindrurie eine stärkere oder schwächere sein. Nach der Behandlung mit Pillen ist die Cylindrurie nur eine unbedeutende. Eine bedeutende Menge Cylinder tritt bei ungefähr 25% nach Einreibung zusammen mit Überstreichung und nach Injektion sowohl von Thymol-Hg, wie Sozojodol-Hg auf; dieselbe Menge Cylinder findet sich bei 45,9% nach blofser Überstreichung von Hg-Salbe. Die Ursache des grofsen Procentsatzes der Cylindrurie bei Anwendung dieser Behandlungsform sucht Verfasser darin, dafs die Überstreichungen in der Regel in den schwersten Fällen, namentlich in einem grofsen Teile der Fälle von tertiärer Syphilis angewendet werden.

Die Dauer der Behandlung spielt natürlich für die Stärke der Cylindrurie eine wesentliche Rolle.

Was die Albuminurie während der Hg-Behandlung betrifft, so ist dieselbe nicht sehr häufig und dann nur unbedeutend. Im Anfange der Behandlung läfst sich die Albuminurie nur mit sehr empfindlichem Eiweifsreagens (Trichloressigsäure), später, besonders gegen Ende der Behandlung, wenn die Hg-Elimination gröfser, der Eiweifsgehalt dem entsprechend auch bedeutender ist, auch mit Salpetersäure nachweisen Im Vergleiche zur Cylindrurie ist jedoch die Albuminurie ganz unbedeutend. Auch hier unterliegt es keinem Zweifel, dafs die Albuminurie während der Quecksilberbehandlung nicht auf die Syphilis an sich, wie Schwimmer es will, sondern auf die durch die Hg-Elimination hervorgerufene Nierenreizung zurückzuführen ist.

Jodkalium hat nach den Beobachtungen des Verfassers für die Hg-Elimination nicht die Bedeutung, wie sie sonst angenommen wird.

Patienten mit krankhaft veränderten Nieren soll man, wenn es auf eine energische Hg-Wirkung ankommt, nur mit Vorsicht und unter beständiger Kontrollierung der Beschaffenheit des Harnes mit Quecksilber behandeln.

II. **Über Psorospermien bei Hautkrankheiten. Bericht über einen Fall von sog. Darierscher Psorospermose,** von J. Fabry-Dortmund. Verfasser giebt einen Überblick über die diesbezügliche Litteratur und über den Stand der Psorospermosenfrage und teilt dann ausführlich die Krankengeschichte eines Falles der Darierschen Krankheit aus dem Dortmunder städtischen Krankenhause mit.

Der 67jährige Patient hat in der Kindheit an Masern, Keuchhusten, Pocken gelitten. Die Hautaffektion besteht seit 30 Jahren. Sie ist charakterisiert durch stecknadelknopf- bis hanfkorngrofse, feste Knötchen, welche an ihrer Oberfläche fest haftende Schüppchen tragen. Diese Schüppchen setzen sich als Hornzapfen in die Tiefe fort. Die Knötchen stehen teils isoliert, teils sind sie namentlich am Rumpfe zu grofsen Plateaus konfluiert. Brust, Bauch, Rücken sind mit derartigen Knötchen dicht besetzt, während sie mehr einzelnstehend, aber sehr zahlreich sich im Gesichte und auf der Kopfhaut neben auffallend vielen Komedonen zeigen. Obere und untere Extremitäten sind weniger stark ergriffen. Von Interesse ist, dafs bei Inspektion der Schleimhäute sich einzelne Erhebungen auf der Wangenschleimhaut, auf der Schleimhaut der Ober- und Unterlippe und in gröfserer Zahl oben auf der Zunge fanden. Die Schleimhaut des Rachens und der Nase war frei von Efflorescenzen. Die Nägel waren im Gegensatze zu Boecks Befunden normal. Die Inguinal-, Axillar-, Submaxillar- und Occipitaldrüsen sind leicht geschwollen, aber nicht schmerzhaft. Patient ist zeitweilig von intensivem Jucken geplagt. Die inneren Organe sind intakt.

Appetit und Allgemeinbefinden sind gut. Ein ähnlicher Fall ist in der Familie nicht vorgekommen.

Die Behandlung mit Sublimat, Karbol, Salicyl, Teer, Pyrogallol, Chrysarobin war erfolglos.

Der Patient wurde nach einigen Monaten, nachdem Verfasser ihm zu histologischen Zwecken ein Stückchen von der Haut des Rückens excidiert hatte, aus dem Krankenhause entlassen. Im nächsten Jahre kam er wieder, diesmal mit einem schweren Magenleiden, an dem er zu Grunde ging. Von der Leiche wurde ein großes Stück der Rückenhaut excidiert.

Die mikroskopische Untersuchung zahlreicher Schnitte hat in Übereinstimmung mit den Befunden der meisten Autoren ergeben, daſs es sich bei der Affektion um eine in der Epidermis lokalisierte und sämtliche Schichten derselben treffende Gewebshyperplasie handelt. Diese nimmt an Intensität zu von der Cutis nach dem Stratum corneum, welches letztere in zahlreichen Schichten übereinandergelagert ist. Die Hornschicht erscheint lamellenartig geschichtet, zwischen den Lamellen schmälere Zwischenräume, sog. Lakunen lassend. Das Epithelknötchen stellt eine excessive, bis in die tiefsten Schichten des Rete Malpighii sich fortsetzende Hornbildung dar. Am Rande der Efflorescenz erscheinen die Papillen verlängert.

In der Cutis findet man namentlich um die Gefäſse herum und um die Knäueldrüsen kleinere und einzelne gröſsere Herde kleinzelliger Infiltration. Sonst ist an der Cutis und dem subkutanen Gewebe nichts Abnormes zu bemerken. Haarbälge und Talgdrüsen scheinen in keiner Beziehung zu den Knötchenefflorescenzen zu stehen und sind normal.

Die Darierschen „corps ronds" und „grains" fand Verfasser bei starker Vergröſserung hie und da in die lamellenartig über einander gelagerten Hornschichten eingesprenkelt und zwar in Gestalt groſser kernloser, stark lichtbrechender Zellen. Verfasser konnte mit leichter Mühe die verschiedenen Typen der Gebilde, wie sie besonders Petersen beschreibt, aus seinen mikroskopischen Präparaten herausfinden. In Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren sieht Verfasser diese Typen der Gebilde nicht als Parasiten, sondern als verschiedene Stadien der Degeneration resp. Verhornung der Epithelzellen an.

III. **Ein Fall von Tuberculosis cutis verrucosa**, von J. Heller und K. Hirsch. Hirsch teilt ausführlich die Krankengeschichte und den Sektionsbefund dieses letal verlaufenen Falles mit. Der Patient ist Schlosser, 37 Jahre alt. Die Anamnese sowohl, wie der Befund an den Lungen und das zahlreiche tuberkelbacillenhaltige Sputum ergaben die Diagnose Phthisis pulmonum. Von Interesse für den Dermatologen ist einmal am linken Zungenrand, nahe der Zungenspitze ein mäſsig tiefes, 1 cm langes, $^1/_2$ cm breites Geschwür mit etwas überragenden, unregelmäſsigen meist abgerundeten Rändern. Diese sowohl wie der Grund des Geschwüres sind mit deutlich sichtbaren, grauweiſsen, durchscheinenden, miliaren Knötchen besetzt.

Die eigentliche Hautaffektion, um die es sich in der vorliegenden Arbeit handelt, beschreibt Verfasser folgendermaſsen: „Auf der Volarfläche der linken Hand, den ganzen Thenar einnehmend und sich einerseits auf die Hautpartie zwischen Daumen und Zeigefinger bis in die Nähe des Dorsum, andererseits mit einem kleinen Zipfel auf die radiale Seite der ersten Phalanx des Daumens erstreckend, besteht ein Hautausschlag, dessen zentrale Partie, fünfmarkstückgroſs, von glatter, dünner, atrophischer, narbig aussehender Haut eingenommen wird. Der zentrale Teil wird von einer, teils aus spitzen, teils aus stumpfen Wärzchen bestehenden Wucherung begrenzt. Die Warzen stehen stellenweise vereinzelt, sind aber gewöhnlich in gröſseren Beeten angeordnet. Die Begrenzung ist unregelmäſsig, guirlandenförmig, meist ihre Konkavität

dem Zentrum zukehrend. Die stärkste Anhäufung der warzigen Exkrescenzen befindet sich in der Hautfalte zwischen Zeigefinger und Daumen. Die Farbe der Warzen ist schmutziggelb, zuweilen braungelb. Um die Wucherungen befindet sich eine entzündliche, blaurote Zone. An der ulnaren Fläche des Endgliedes des rechten Daumens, etwas auf die volare Fläche übergreifend sieht man eine ca. fünfpfenniggroſse Wucherung aus dicht nebeneinanderstehenden, breiten, das Hautniveau deutlich überragenden Wärzchen bestehend, im übrigen von derselben Beschaffenheit, wie die vorher erwähnte Partie.

Für die Ätiologie ist hoch interessant, daſs der phthisische Patient bei seiner Arbeit, um die glatten Instrumente besser halten zu können, sich in die linke Hand zu spucken und mit der rechten den Speichel zu verreiben pflegte. Es liegt sehr nahe, daſs der bacillenhaltige Speichel durch Risse und Schrunden der Haut sich Eingang in die Gewebe verschafft und zu einer Infektion Anlaſs gegeben hat. Wie infektiös der Speichel gewesen, erhellt daraus, daſs eine vom Speichel umspülte, an sich ganz unbedeutende Biſswunde der Zunge sich in ein tuberkulöses Geschwür umgewandelt hat.

Der zweite Autor (Heller) beschreibt ausführlich den mikroskopischen Befund. Derselbe deckt sich im allgemeinen mit den Darstellungen von Riehl und Paltauf, Brugger und anderen Autoren.

Die charakteristischen Veränderungen finden sich zumeist in der Papillar- und Subpapillarschicht. Unmittelbar unter dem Retezapfen finden sich groſse aus Rundzellen bestehende Infiltrate, die man als Tuberkel bezeichnen kann. Im Zentrum der Infiltrate sieht man nur wenige Zellen mit gut färbbaren Kernen, dagegen wiegt eine bröckelige, strukturlose, mit Eosin sich prächtig rot färbende Masse vor, welche den verkästen Teil des Tuberkels darstellt.

Tuberkelbacillen konnten jedoch trotz eifrigen Suchens in 20 Schnitten aus verschiedenen Stücken nicht nachgewiesen werden. Verfasser glaubt deshalb, daſs die Ansicht von Riehl und Paltauf, die Tuberculosis cutis verrucosa stehe in Bezug auf die Zahl der mikroskopisch nachweisbaren Tuberkelbacillen zwischen Miliartuberkulose und Lupus, der Modifikation bedürfe.

IV. **Über Tuberculosis verrucosa cutis,** von Ernst Knickenberg-Bonn. Verfasser unterzieht die gesamte diesbezügliche Litteratur einer eingehenden Besprechung und einer insbesondere auf die Differentialdiagnose gerichteten scharfen Kritik. Sodann teilt er im Auszuge die Krankengeschichten einer relativ groſsen Zahl hierher gehöriger Fälle aus der Bonner Klinik mit. Es sind dies solche Fälle, die ihrem Aussehen nach mit dem von Riehl und Paltauf beschriebenen Bilde die genaueste Übereinstimmung zeigen. Bei fast allen Patienten lieſs sich tuberkulöse Belastung oder direkt Zeichen einer vorhandenen Phthisis nachweisen.

Wir heben einige prägnante Fälle in der wörtlichen Beschreibung des Verfassers heraus.

Fall 1. Patientin ist 21 Jahre alt, vom Lande. Status: Auf beiden Wangen Scrophulodermata. Auf dem Dorsum der linken Hand, der Gegend der Articulatio metacarpo-phalangea des Zeigefingers entsprechend, verruköse Plaques von 3 mm Höhe mit rötlichem Saum, nach innen von diesem kleine Pusteln. Ausdehnung 3 cm im Quadrat, auf der Unterlage leicht verschieblich. Einige narbige Stellen auffallend weiſs. Eine ähnliche Affektion an der Volarseite der dritten Phalanx des linken Zeigefingers, 2□ cm groſs. Beide Stellen weder spontan noch auf Druck empfindlich.

Fall 2. Patientin ist 18 Jahre alt, vom Lande. Status: Lupöse Stellen in der rechten Infraorbitalgegend und auf der rechten Wange; ebenso auf der Beugeseite des linken Vorderarmes. Scrophuloderma am Halse. Auf der Schleimhaut der Ober-

lippe und der Wange rechts, sowie am Zahnfleisch Lupus. Auf dem rechten Fuſsrücken, quer über denselben verlaufend, eine verruköse Plaque von 7 cm Länge und 3 cm Breite; eine zweite fünfpfennigstückgroſse auf der Streckseite der rechten groſsen Zehe.

Fall 3. Status: Lupöse Erkrankung am Halse links und auf der rechten Wange. Haut der dritten Zehe am linken Fuſs ganz von papillären Wucherungen bedeckt.

Im ganzen beschreibt Verfasser derartiger Fälle 8 bei weiblichen, 9 bei männlichen Personen im Alter von 14—62 Jahren stehend.

Von Interesse für die Frage der Auffassung der Affektion als Inokulationstuberkulose ist die Entstehung der verrukösen Plaques an der Stelle und im Anschluſs an Wunden, die durch spontane Perforation, bezw. Incision tuberkulös erkrankter Stellen entstanden waren, und aus denen sich tuberkulöser Eiter entleert hatte. Auch Besnier erwähnt einen Fall (*Ann. de Derm.* 1889. pag. 220), bei welchem sich die Tuberculosis verrucosa an der Stelle entwickelte, wo sich zuvor ein Absceſs gebildet hatte.

Verfasser teilt im folgenden die mikroskopischen Befunde excidierter Stückchen mit. Dieselben decken sich zumeist mit den Befunden von Riehl und Paltauf. Während diese jedoch die Herde von Zellinfiltraten nur ausnahmsweise die Ebene der Schweiſsdrüsenknäuel erreichen sahen, hat Verfasser diese Herde fast durchweg auch in den tieferen Schichten der Cutis und auch hier die Umgebung der Drüsenknäuel und Gefäſse mit Rundzellen infiltriert vorgefunden. Die einzelnen Herde bieten alle Kennzeichen eines typischen Tuberkels mit epitheloiden und Riesenzellen.

Der Befund an Tuberkelbacillen war sehr gering und nicht gröſser, als man ihn sonst bei Lupus zu machen gewohnt ist. Trotz der gröſsten Ähnlichkeit und äuſseren Übereinstimmung mit der von Riehl und Paltauf beschriebenen Affektion konnte Verfasser keinen anderen mikroskopischen Befund als den bei Lupus verrucosus gewohnten erheben.

Thatsächlich gelangt der Verfasser an der Hand der Litteratur aus eigenen Beobachtungen zu dem Schlusse, daſs die Tuberculosis verrucosa cutis keine in sich abgeschlossene besondere Erkrankungsform der Hauttuberkulose, sondern nur ein oberflächlicher Lupus verrucosus sei. *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band XII. No. 1. 1894.

I. **Lupus erythematosus, als ein Nachahmer verschiedener Formen der Dermatitis,** von H. Radcliffe Crocker-London. (Vortrag, gehalten zu Milwaukee auf der 17. Versammlung der Amerikanischen, dermatologischen Gesellschaft.) Ekzem, Scabies, Syphilis zeigen einen groſsen Polymorphismus. Ihnen sehr nahe kommt der Lupus erythematosus, der für gewöhnlich schuppige oder mit festhaftender Kruste bedeckte Plaques aufweist; in einer kleineren Zahl von Fällen jedoch ist die Hautoberfläche völlig intakt und zeigt das Aussehen roter, verdickter, wohl begrenzter, glatter Flecke, ähnlich denen eines Erythema multiforme, von dem der Lupus erythematosus jedoch durch seine langsame Entwickelung, seine Hartnäckigkeit und Neigung, mit zentraler Involution oder auch ohne eine solche, sich peripher auszubreiten, wohl unterschieden ist. Erst im weiteren Verlaufe pflegt der im Beginn ungewöhnliche Lupus erythematosus in die gewöhnliche schuppige, mit hornigen Zapfen in die Talgdrüsenmündungen tief hineinreichende Form überzugehen.

Verfasser beschreibt im folgenden zehn Fälle von Lupus erythematosus, der namentlich im Beginn zur Verwechslung mit verschiedenen Dermatitiden Anlaſs gab.

Fall I. Lupus erythematosus wie ein Erythema tuberculatum.

Die Patientin ist 27 Jahre alt. Die Affektion begann im Alter von zehn Jahren mit einem Fleck auf der rechten Wange. Später zeigten sich solche auf der Nase und an anderen Stellen des Gesichts. Ein kleines Knötchen bestand am linken Ohre. Beide Ohrläppchen erschienen atrophisch, ohne dafs vorher nach den Angaben der Patientin hier Läsionen vorhanden gewesen waren. Alle Läsionen zeigten das Aussehen eines Erythema tuberculatum. Sie waren leicht erhaben, glatt, gleichmäfsig purpurrot mit Ausnahme eines einzigen, die etwas weifser im Zentrum war. — Das Allgemeinbefinden der Patientin war gut.

Fall II. beschreibt einen Lupus erythematosus wie ein Erythema tuberculatum.

Fall III. Lupus erythematosus wie ein Erythema papulatum.

Fall IV. Lupus erythematosus als diffuses Erythem.

Die Patientin ist 43 Jahre alt. Drei Jahre vorher begann die Affektion mit einem kleinen roten Fleck auf der Seite der Nase und breitete sich kontinuierlich aus. Die ganze Nase wurde nach und nach intensiv gerötet, schuppte ein wenig; die Haut war verdickt, infiltriert, aber die Talgdrüsenmündungen enthielten keine Zapfen.

Fall VI. Lupus erythematosus, eine Psoriasis guttata auf der Brust vortäuscheud.

Fall VII. Lupus erythematosus, einem Lichen planus gleichend.

Die ergriffenen Stellen zeigten zumeist Anhäufungen von Papeln von intensiv roter Farbe, genau wie die eines Lichen planus, aber sehr schwach schuppend. Im Zentrum bestand eine leichte Einsenkung. Alle Stellen zeigten einen schmalen hellroten Hof. Jucken war in geringem Mafse vorhanden. — Die mikroskopische Untersuchung ergab die charakteristischen Merkmale eines Lupus erythematosus.

Fall IX. Lupus erythematosus nodulatus.

Fall X. Lupus erythematosus (telangiectatus).

Die beiden letzten Fälle betreffen die in den Lehrbüchern gewöhnlich nicht beschriebene telangiektatische Form des Lupus erythematosus.

II. **Auszüge aus einem japanesischen Werk über Syphilis,** von Albert S. Ashmead-New York. Das Werk ist im Jahre 1801 veröffentlicht worden. Von Interesse ist die Bemerkung des Autors, dafs die Syphilis bereits 700 Jahre vor Christo existiert habe. Der Verfasser unterscheidet zwischen ansteckendem und nicht ansteckendem Bubo. Eine besondere Syphilis für verschiedene Organe gebe es nicht; wo immer sie erscheine, sei es dieselbe Krankheit. Das syphilitische Gift wohne in den Fascien der Muskeln und im Knochenmark. Der Verfasser glaubt an eine Beziehung der Syphilis zur Tuberkulose. Die Syphilis ist häufiger bei südlichen Völkerschaften als im Norden; sie tritt häufiger auf nahe der See als in den Bergen, mehr in den Städten, als auf dem Lande, häufiger unter den Armen als unter den Reichen. Daraus gehe hervor, dafs die Ursache der Syphilis irgend eine Beziehung zur Hitze und Feuchtigkeit haben mufs.

Der Verfasser beschreibt mit aufserordentlicher Sachkenntnis die Symptome und die Verheerungen der sekundären und tertiären Syphilis und ihrer Komplikationen. Die Behandlung, welche hauptsächlich in der Verabreichung von Kalomel und Quecksilber besteht, wird eingehend besprochen. Ein besonderes Kapitel ist der „syphilitischen Salivation“ gewidmet.

III. **Ein Fall von Mykosis fungoides,** von R. A. McDonnell-New Haven. Der Patient ist ein 62jähriger Farmer, der bis vor vier Jahren sich einer guten Gesundheit erfreute. Um diese Zeit litt er an einem Gesichtserysipel, nach dessen Abheilen er auf dem Gesichte kleine wunde, nässende, später mit feinen Schuppen

bedeckte Stellen bemerkte. Er wurde von verschiedenen Ärzten erfolglos auf Ekzem behandelt. Nach einiger Zeit entstand auf der rechten Wange ein Fleck, der mit gelblich weifsen, reiskerngrofsen und von einer dünnen Lage geröteter, atrophischer Haut bedeckten Perlen besäet war. Bis vor sechs Monaten verursachte dieser Fleck keinerlei Beschwerden; dann aber begann er intensiv zu jucken und sich über das Niveau der umgebenden Haut zu erheben. Ziemlich rasch entstand an der Stelle dieses Fleckens der Tumor von der jetzigen Gröfse und Beschaffenheit. Derselbe befindet sich nahe dem Kieferwinkel, ist rund und hat an seiner Oberfläche ein blumenkohlartiges Aussehen. Neben dem Tumor sieht man regellos zerstreute, mit gelben Krusten bedeckte Stellen. Entfernt man diese Krusten, so wird eine farblose Flüssigkeit in geringer Menge abgesondert.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose. Die Behandlung bestand anfangs in Applikation einer 10%igen Resorcinsalbe am Tage und einer 2%igen Salicylsalbe des Nachts. Innerlich wurden Quecksilber-Tanninpillen gegeben. Später kam Pyrogallol äufserlich, Arsenik innerlich zur Anwendung, aber alles ohne Erfolg. Der Patient entzog sich der weiteren Behandlung. Verfasser glaubt, dafs die operative Entfernung des Tumors die beste Behandlung gewesen wäre. Der Patient weigerte sich entschieden, sich einer Operation zu unterziehen.

IV. **Klinische Bemerkungen über Hautkrankheiten,** von W. F. Breakey-Ann Arbor. Verfasser liefert in der vorliegenden Arbeit einen kurzen Bericht über Zahl, Charakter, Varietät der wichtigeren und interessanteren Fälle von Hautkrankheiten, die in der Klinik der Universität of Michigan zur Beobachtung und Behandlung kamen.

Unter diesen Fällen waren relativ viele, bei denen die Hautkrankheit mit einer Störung des Allgemeinbefindens und mit anderen Krankheiten einherging und nicht auf die letzteren als Ursache zurückgeführt werden konnte. Beispielsweise war eine gröfsere Zahl von Psoriasisfällen gleichzeitig von Rheumatismus oder Gicht befallen. Die Psoriasis wurde dann häufig erst durch eine geeignete Behandlung des Rheumatismus geheilt. Viele Fälle von Ekzem bei Kindern und jugendlichen Personen besserten sich schnell unter der lokalen Behandlung und gleichzeitiger innerer Darreichung von Leberthran und Tonicis.

Chronische Fälle von Akne und Seborrhoe besserten sich unter salinischen Abführmitteln, einer geregelten Diät und der entsprechenden lokalen Behandlung (Eröffnung der Pusteln und indurierten Knoten). Im Folgenden beschreibt Verfasser einen Fall von Keloid bei einem 40jährigen Arbeiter. Vor zehn Jahren begann die Affektion mit einem Knoten (Blutschwären) auf dem Sternum. Drei bis vier Monate blieb der Knoten sehr schmerzhaft, heilte indessen später ab und hinterliefs nur ein etwa erbsengrofses Knötchen, das mit normaler Haut bedeckt war. Vor vier Jahren begann dieses Knötchen zu wachsen und nahm eine dunkelrote Farbe an. Als der Tumor Wallnufsgröfse erreicht hatte, wurde er excidiert. Noch ehe die Wunde völlig geheilt war, zeigte sich in dem Umfange der Excisionsstelle ein Recidiv. Der Tumor wurde unter ausgiebiger Wegnahme des darunter liegenden Bindegewebes und der Umgebung vom Verfasser entfernt. Ein Recidiv ist seit mehreren Monaten nicht eingetreten.

Bei Besprechung des Haarausfalles erörtert Verfasser manche praktische Fragen.

Hydrotherapie bei Dermato - Neurosen. Die von Vidal zuerst empfohlenen, später von Beni Barde bei verschiedenen Hautkrankheiten erprobten Douchen werden für 3—6 Minuten auf die Seiten der Wirbelsäule gerichtet und haben den Zweck, die Reflexerregbarkeit des Rückenmarks, durch welche gewisse Funktions- und trophische Störungen der Haut hervorgerufen werden, zu bekämpfen. Beni Barde ist es gelungen, mit diesen Douchen, die in einer Temperatur von 33—38° C. und mit

mäfsigem Drucke appliciert wurden, einige Fälle von Lichen planus, zwei Fälle von umschriebener Neurodermitis, chronischem Lichen simplex ,einige Fälle von Prurigo und zwei Fälle von universellem Ekzem zu heilen. Auch Verfasser hatte gute Erfolge von der Anwendung der Douchen, deren Temperatur je nach der Intensität der Krankheit, nach der Widerstandsfähigkeit, Toleranz, Empfindlichkeit der Patienten einzurichten ist. Kalte Douchen sind in allen Fällen mit grofser Vorsicht zu gebrauchen, weil sie zwar das Jucken für den Augenblick stillen, aber unter Umständen eine Wiederkehr intensiverer Anfälle nicht verhindern können. Bei Jucken im After sind Sitzbäder, Douchen in der Perinealgegend und sog. Hämorrhoidaldouchen angebracht.

Dermatosen ex indigestis. JUHEL-RÉNOY hat darüber Untersuchungen angestellt und gefunden, dafs beispielsweise bei Fleischvergiftungen neben den gastrischen Erscheinungen zuweilen Hautausschläge in Form von Flecken, Blutflecken, Papeln oder Vesikeln auftreten können. Die kutanen Manifestationen erscheinen dann gewöhnlich symmetrisch zuerst auf beiden Oberextremitäten und befallen hierauf das Gesicht und den Stamm. Nicht selten bleibt eine Pigmentation nach Verschwinden des Ausschlages zurück. Auch Urticaria, scharlachartige Eruptionen, Roseolen oder variolaähnliche Ausschläge sind beobachtet worden.

Die Anwendung der Schwefelwässer bei der normalen Behandlung der Syphilis. DRESCH kann, ebenso wie zahlreiche andere Autoren, auf Grund eigener Beobachtungen versichern, dafs die Sulphate, insbesondere aber die Sulphite und Hyposulphite, in den Geweben eine Auflösung der Quecksilberalbuminate bewirken und auf diese Weise zu einer schnelleren Elimination des im Organismus aufgespeicherten Quecksilbers beitragen. Der Gebrauch der Schwefelbäder soll jedoch nicht gleichzeitig mit der spezifischen Behandlung, sondern einige Zeit nach der letzteren erfolgen. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Bakteriologie.

Über das Färben der Tuberkelbacillen mit Sublimatlösungen in Anilinfarben, von PROSNER und NASTNIKOW. (*Wratsch* d. *Ph. Post.* 1893. No. 269. *Pharm. Centralh.* 1893. No. 27.) Eine Sublimatlösung (1:2000) wird mit einigen Tropfen Anilinöl geschüttelt, filtriert und auf 10 ccm dieser Flüssigkeit 1 ccm einer 10% Gentianaviolettlösung in absolutem Alkohol hinzugesetzt; auch Methylviolett und Fuchsin sind geeignet. Färbung 5 Minuten, Abspülen mit Wasser, Entfärben mit verdünnter Salzsäure, Abspülen mit Wasser, Nachfärben 1—2 Stunden mit Malachitgrün oder Eosin in Sublimatlösung (0,06 Farbstoff auf 60,0 einer 0,5‰ Sublimatlösung.) Um die Bacillen in den Geweben zu färben, wird dieses zwei Tage in wasserfreiem Alkohol entwässert und darauf in Paraffin eingebettet, wofür die Verfasser genaue Vorschriften geben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Farbproduktion des Bacillus pyocyaneus bei der Symbiose mit anderen Mikroorganismen, von MÜHSAM und C. SCHIMMELBUSCH. (*Arch. f. klin. Chir.* 1893. 46. Bd. 4. Heft) Bekanntlich erzeugt der Erreger des grünen Eiters, der Bacillus pyocyaneus, unter bestimmten Bedingungen nicht nur grünen, sondern auch anderen

Farbstoff; die Farbstoffbildung kann sogar ganz ausbleiben. Beide Autoren wiesen durch Kulturversuche nach, dafs Farbstoffbildung nicht nur von genügender Lichtzufuhr, von passendem Nährboden und von der vitalen Beschaffenheit des Bacillus pyocyaneus selbst abhängt, sondern auch durch Gegenwart anderer Mikroorganismen beeinflufst wird. Stark reduciert wird dieselbe z. B. durch den Staphylococcus aureus, Aspergillus fumigatus; ganz hört sie auf bei Micrococcus tetragenus, Oidium lactis. Es kann sich hierbei weder um ein Zugrundegehen des Bacillus selbst (Plattenkulturen aus den entfärbten Mischkolonien gaben immer wieder schön gefärbte Kolonien von Bacillus pyocyaneus), noch um einfache Änderungen in der Reaktion des Nährmediums handeln (auch Mischkulturen zeigten stets deutliche alkalische Reaktion). Die Thatsache ist für die Frage der gegenseitigen Beeinflussung von Bakterien, die auf demselben Nährboden gedeihen, von Interesse. *Heufs-Zürich.*

Über die Fortschritte der Bakteriologie in den letzten Jahren. Vortrag, gehalten in der Deutschen medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 5. Juni 1893, von L. Heitzmann. (*New York. med. Monatsschr.* 1893. No. 9.) Redner giebt einen sehr interessanten Überblick über die Fortschritte der Bakteriologie von ihren Anfängen bis zu ihrer heutigen Blüte, bespricht die Einteilung der Mikroorganismen, die verschiedenen Methoden der Reinzüchtung der Bakterien, unterzieht einige der neueren Arbeiten, insbesondere diejenigen über die sog. Parasiten des Carcinoms einer eingehenden Kritik. Auch der Favusfrage widmet H. einige interessante Augenblicke. Von 22 verschiedenen Fällen hat Redner zumeist auf Agar-Agar Reinkulturen erhalten. Niemals sei es ihm jedoch gelungen, mehr als zwei verschiedene Favusarten zu kultivieren und zwar nur eine Art für diejenigen Fälle, welche auf der behaarten Kopfhaut auftreten, und eine Art für Favus an unbehaarten Körperstellen. Redner glaubt jedoch, dafs auch die zweite Art, wenn auf behaarte Stellen überimpft, Kulturen liefern würde, welche von der ersteren nicht wesentlich verschieden wären. Die Unterschiede hätten vielleicht nur im Alter, im Klima, Nährboden etc. ihre Ursache.

Das Trichophyton tonsurans scheine neuerdings dasselbe Schicksal wie das Achorion Schönleinii zu erfahren. Schon unterscheide man nach Sabouraud das Trichophyton macrosporon und microsporon.

Am Schlusse seines anziehenden Vortrages bespricht H. die Bedeutung, welche die Bakteriologie für die Therapie der Krankheiten erlangt hat.

C. Berliner-Aachen.

Wirkung des Kochsalzes auf die Fäulnisbakterien der Haut. (*Dtsch.-Amerik. Apotheker-Ztg.* 1875. No. 7.) Schon in einer Konzentration von 2% übt das Kochsalz einen hemmenden Einflufs auf die Entwickelung der Fäulnisbakterien der Haut. Zur Vernichtung derselben, also zur Verhinderung der Fäulnis der Haut, sind stärkere Konzentrationen nötig. *A. Straufs-Barmen.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Zur Pathogenese der Lepra, (*Gazz. d. Ospitali.* 1893. No. 106.) Licciardi hat Kulturversuche angestellt mit Tracheolaryngealsekret und Gewebssaft aus Knoten von 2 Leprapatienten (Lepra maculo-tuberosa und tuberosa-anästhetica) und dabei folgende Resultate erzielt: Mikroskopisch entdeckte er im Luftröhrensekret eine Bacillenart, welche dem Kochschen Tuberkelbacillus sehr ähnlich sah; im Gewebssafte der Knoten befand sich der Hansensche Bacillus. Auf Agar kultivierte er (nach der

Methode von GABBET) aus dem Trachealschleim eine grofse Menge zum Teil aus einzelnen Stücken bestehender, zum Teil an einem Ende verdickter Bacillen. Nach der Methode von BAUMGARTEN bekam er entfärbte Bacillen, Kokken und Leptothrix buccalis. Aus den Lepromen gewann er Bacillen und Kokken, erstere wie die obengenannten, zergliedert und durch helle Zwischenräume durchquert. Verfasser hält die Kokken entweder für ein Sporulationsstadium der Bacillen oder für das Endstadium der in zwei und drei Teile zerfallenen Bacillen. (Nach *Rif. med.* 1893. No. 218.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Über Lepra und Syringomyelie, von HANSEN. (*Sem. méd.* 1893. No. 36.) Verfasser wendet sich gegen die Auffassung von ZAMBACO, dafs Syringomyelie und Lepra identisch seien. Die Abschwächung der Lepra ist doch noch zweifelhaft. Die Abbildungen ZAMBACOS sprechen eher gegen die Identität, da die bei Lepra stets ausgeprägte Atrophie der Muskeln fehlt. Die Schlufsfolgerungen ZAMBACOS sind bedenklich. Es ist z. B. näherliegend, oft eine Übertragung als den Genufs verdorbener Nahrungsmittel anzunehmen. Die Kontagiosität der Lepra hält HANSEN für zweifellos, sie hat auch an Stelle der Heredität zu treten. Das Erlöschen der Lepra bei Auswanderern nach leprafreien Ländern erklärt sich leicht durch Änderung der Lebensverhältnisse und gröfsere Sauberkeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lepra mutilans autochthona. BÉRILLON-Paris berichtete (Association franç. pour l'avancement des sciences) über einen Fall, den er 1886 an gleicher Stelle als „symmetrische Gangrän der Extremitäten" vorgestellt hatte. Da nun in der Folgezeit weitere Erscheinungen hinzugetreten sind (Onychien, Panaritien, Thermo-Anästhesie, sehr schmerzhafte Geschwüre, Knochenschwund an den Phalangen etc.), so stellte man die Diagnose Syringomyelie (Morvansche Krankheit). ZAMBACO aber, dem der Fall gezeigt wurde, erkannte die Affektion als mutilierende Lepra. (Nach *Rif. med.* 1893. No. 211.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Kurland. Das Umsichgreifen der Lepra hat in Rufsland zu der Gründung von Gesellschaften geführt, welche die Bekämpfung der Lepra sich zur Aufgabe gestellt haben. Zuerst ist eine in dem Gouvernement Petersburg ins Leben getreten, jetzt folgt eine neue in Kurland, wo die Lepra recht tüchtige Fortschritte macht. Der Hauptzweck der Gesellschaften ist die Aufbringung von Kapitalien zur Gründung von Leproserien. Es ist nur freudig zu begrüfsen, dafs man bei Zeiten sich entschliefst, diesem bösen Feinde entgegenzutreten, der mit beängstigender Sicherheit sein Terrain erweitert, ohne aber hoffentlich bei dem heutigen Stande der Hygiene jemals wieder solch verderbliche Macht zu gewinnen, wie er sie dereinst besessen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b) *Tuberkulose.*

Zur Therapie des Lupus vulgaris, von Hofrat VEIEL in Canstatt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 39.) Je nach der Lokalisation und der Art des Lupus bedient sich Verfasser bald der mechanischen Behandlung (Skarifikation, Abschabung), bald der chemischen Behandlung (Ätzkalium- oder Höllensteinstift, oder Pyrogallolvaselin 10%), bald der thermischen Behandlung (Thermokauter, Galvanokauter). Wo nicht von Anfang an das Pyrogallol allein zur Verwendung kam, nahm er zum ersten Verband eine 10%ige auf Lint gestrichene Pyrogallolvaselinsalbe. Der erste Verband bleibt zwei Tage liegen, vom dritten Tage ab wird der gleiche Verband täglich einmal erneuert. Dadurch wird das kranke Gewebe zerstört, und es bleibt eine schmierige, graue häfsliche Wundfläche zurück. Die umgebende gesunde Haut wird durch ein aufgelegtes Pflaster (z. B. Zinkbenzolsalbenmull) vor der Einwirkung des Pyrogallols

geschützt. Am vierten oder fünften Tage tritt unter dem Verbande grofser Schmerz ein, so dafs manchmal Morphiuminjektionen notwendig sind; dann mufs man die starke Salbe verlassen und zu einer anderen Behandlungsmethode übergehen. Während nun bisher die Abheilung unter Vaselin oder Jodoform erzielt wurde, pflegt Verfasser jetzt zu einer schwächeren Pyrogallolsalbe überzugehen, welche zwar das lupöse Gewebe noch zerstört, dagegen die Bildung gesunder Granulationen nicht hindert. Dieser Bedingung entspricht in der Regel eine 2%ige Pyrogallolsalbe. Bilden sich nach achttägigem Gebrauch derselben nicht Granulationen, so mufs man eine 1%ige nehmen, ja man kann selbst bis zu einer 0,5—0,2%igen herabgehen, mufs sie aber sofort wieder verstärken, sowie hypertrophische Granulationen sich zeigen. Das Pyrogallol mufs sofort ausgesetzt werden, sobald sich Albumen oder Blut im Urin zeigt.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Anwendung des cantharidinsauren Natrons spricht Liebreich in der Hufelandschen Gesellschaft, Sitzung vom 9. November 1893. Eine bereits 42 mal operierte Patientin mit Lupus, früher bereits kurze Zeit mit Cantharidin von Lassar behandelt, hat jetzt von neuem Natrium cantharidinicum mit Erfolg bekommen. Die Behandlung ist eine sehr langwierige, die Besserung aber eine kontinuierliche; es ist zu keiner neuen Knötcheneruption gekommen. Einflufs auf die Nieren ist bisher bei keinem Patienten beobachtet. Das Auftreten von Albumen bedeutet keine Nephritis, sondern nur eine Überlastung der Gefäfse; Cylinder sieht man nie. Die Darreichung erfolgt subkutan oder intern alle drei Tage. Treten neben Albuminurie Diarrhoe und Schmerzen im Darme auf, dann setzt man aus. Die Kur erfordert ein bis mehrere Jahre.

Saalfeld, der diesen und noch andere Fälle mit Natrium cantharidinicum behandelt hat, bezeichnet es als eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes. (Der milden Auffassung der Albuminurie nach Cantharidin kann man keinesfalls beipflichten. Ist L. sicher, dafs nicht mit der Zeit eine Nephritis sich ausbildet? D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

c) *Syphilis.*

Die Syphilis; ihr Alter und ihre Beziehungen zur Geschichte des Menschengeschlechts. Aus dem Englischen des Edwin L. Morgan-Washington, übersetzt von F. Buret. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 449.) Der Titel deckt sich nicht ganz mit dem Inhalt der vorliegenden geschichtlich-kritischen Abhandlung, denn ihr Inhalt dreht sich namentlich um die Frage, ob die Syphilis amerikanischen Ursprungs sei oder nicht, d. h. ob sie bei der Entdeckung Amerikas von dort nach Europa eingeschleppt sei, oder ob die Europäer sie nach Amerika gebracht hätten. Morgan ist geneigt, die Frage in letzterem Sinne zu entscheiden, und unterzieht die für die erstere Ansicht vorgebrachten Beweise einer eingehenden Kritik. Und diese Beweise sind denn doch recht dürftiger Natur. Einige wenig glaubwürdige Berichte von Reisenden um die Zeit der Entdeckung Amerikas und einige Skelette, deren Alter einstweilen noch eben so strittig erscheint, wie der pathologisch-anatomische Befund, den sie darbieten — das ist so ziemlich alles, womit sich jene Annahme stützen läfst.

Das Alter der Syphilis ist sicher ein sehr hohes; ob diese Seuche aber das Menschengeschlecht von seiner ersten Kindheit an auf allen Wegen begleitet hat, wie Morgan annimmt, wird kaum je mit Sicherheit zu entscheiden sein. Wahrscheinlicher ist, dafs sie, wie alle Krankheitsformen der menschlichen Rasse, ihre Geschichte hat: ihr Entstehen, ihre Blüte, ihren Verfall und — hoffentlich auch — ihr gänzliches Verschwinden.

Türkheim-Hamburg.

Über den Einfluſs von Alter, Geschlecht und Behandlungsweise auf die Dauer der symptomatischen Therapie der Syphilis, von Hjelmann. (*Finska Läkaresällsk. Handl.* Bd. 33.) Die Statistik umfaſst 843 Fälle frischer konstitutioneller Syphilis ohne Komplikationen. Die Behandlung wurde jeweilen nur so lange fortgesetzt, als noch Symptome nachweisbar waren. Zur Anwendung kamen Kalomelinjektionen, Einreibungen grauer Salbe und innerliche Darreichungen von Ricordschen Pillen. Die Dauer der Behandlung betrug im Mittel 49,8 Tage; am kürzesten erwies sie sich für die Altersklasse von 16—20 Jahren, nämlieh 41,4 Tage. Bei Frauen war sie durchschnittlich länger, als bei Männern (50,9, resp. 49 Tage), was zum Teil auf den Umstand zurückzuführen ist, daſs die Plaques muqueuses der Vulva oft sehr hartnäckig der Behandlung Widerstand leisteten.

Bezüglich der Behandlungsmethode weist die Statistik folgende Zahlen auf: Bei Kalomelinjektionen (0,1—0,2 pro dosi) war die Dauer der Behandlung im Mittel 46,6 Tage, bei Inunktion (2—3,0) 51,1, bei innerlicher Behandlung 56,6 Tage.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Ansteckungsfähigkeit der kondylomatösen Spätsyphilis, von M. Tschistiakow. (*Wratsch.* 1892. No. 13 nach *Deutsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 77.) Fünf interessante Fälle beweisen, daſs die Ansteckungsfähigkeit der Syphilis nicht so schnell erlischt, wie manche glauben. Ein Officier heiratet sechs Jahre nach der Infektion; fünf Monate nach der Hochzeit inficiert er seine Frau, gerade als bei ihm Plaques an der Zunge auftraten. Ein anderer Officier inficierte sechs Jahre nach seiner Infektion seine Maitresse. Der dritte luetische Patient zeugt ein gesundes Kind, drei Jahre später mit derselben Person ein frühgeborenes, tot zur Welt kommendes, die Mutter wird gleichzeitig syphilitisch. Ebenso verhält sich der vierte Fall. Im fünften Falle bekommt ein Patient neun Jahre nach der Infektion eine Ulceration am Penis und Ekthyma und inficiert seine Frau.

Verfasser schlieſst aus seinen Beobachtungen, daſs die Syphilis auch im zweiten und dritten Quinquennium ansteckend sein kann. Das späte kondylomatösen Stadium bietet oft unbestimmte Ulcerationen dar, die sehr gefährlich sind. Das tertiäre Stadium ist nicht ansteckend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hjelmann hat Untersuchungen angestellt **über die Zahl der roten Blutkörperchen und ihren Hämoglobingehalt bei Syphilis** und kam dabei zu folgenden Resultaten:

1. Die Anämie bei frischer Syphilis zeigt sich und erreicht ihr Maximum in der Eruptionsperiode.

2. Mit dem Schwinden der Allgemeinerscheinungen erhält auch das Blut seine normale Zusammensetzung wieder.

3. Das Hg in gewöhnlichen Dosen gegeben, übt keinen Einfluſs auf die Bildung dieser Anämie aus. (*Finska Läkaresällsk. Handl.* Bd. 32).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Beobachtungen über die syphilitische Kachexie, von John Blake White-New York. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1892. No. 4.) Ein energisches Mittel zur Kräftigung des Organismus luetischer Kranker ist eine Verbindung von Goldchlorid und Jodmagnesia. Der Puls wird voller und kräftiger, der Appetit und das Körpergewicht nehmen zu. Verfasser verwendet subkutane Injektion einer Glycerinlösung. Jeder Tropfen enthält 0,20 der Medikamente; mit einem Tropfen wurde begonnen und bis auf zwei (alle 2—3 Tage) gestiegen; als Vehikel diente 1%ige Carbollösung. Die Injektionen sind schmerzlos, 40—50 sind nötig. Auffallend war die Besserung bei zwei an tabesähnlichen Erscheinungen Leidenden. In seltenen Fällen besteht eine Idiosynkrasie, es treten Kopfschmerz, Doppelsehen, Erbrechen, Übelkeit,

subnormale Temperatur ein; dann mufs die Dosis verringert oder das Goldchlorid durch Platinsalze ersetzt werden. Bezugsquelle: C. F. Lord, New York 482 Seventh Avenue und W. E. Cramer, Parkavenue und Seventy-third street.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das „Syphilierme" in Châtillon, von P. Raymond. (*Progrès méd.* 1893. No. 32.) Infolge der erschreckenden Mortalität unter den syphilitischen und atrophischen Kindern im Hospiz der „Enfants Assistés", wurde durch das öffentliche Unterstützungsamt in Châtillon, d. h. auf dem Lande aufserhalb Paris, eine Zweiganstalt dieses Institutes errichtet, welche am 23. Januar 1893 eröffnet wurde und bis zum 1. Juli 247 Kinder aufgenommen hat. Während dieser Zeit fiel nun die Mortalität in dem nach dem neuesten Komfort eingerichteten Asyl (Ernährung der Säuglinge mit Eselinnenmilch) plötzlich auf 21,5 % herunter. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Der gemischte Schanker (Chancre mixte), von Balzer. (*La méd. mod.* 6. Mai 1893.) Die Erkenntnis der Trennung des Ulcus molle und Ulcus syphiliticum führte zur Aufstellung des gemischten Schankers. Es kann nur ein Individuum sich gleichzeitig mit beiden Giften inficieren, oder eine Infektion folgt der anderen. Erstere ist auf folgende Arten möglich:

1. Durch Übertragung eines gemischten Schankers.

2. Die inficierte Person hat syphilitische Läsionen und einen weichen Schanker gleichzeitig nebeneinander.

3. Die inficierende Person hat ein Ulcus molle, während die Syphilis bei ihr noch latent oder schon übertragbar ist.

Die zweite Entstehungsweise hat folgende Möglichkeiten:

1. Ein Mensch mit Ulcus molle wird syphilitisch.

2. Ein Luetischer erwirbt ein Ulcus molle.

Die Entstehungsweise ist auch für die klinische Beobachtung wichtig. Bei der gleichzeitigen Infektion erscheint zuerst ein Ulcus molle, das am 14.—20. Tage induriert, zuweilen, wenn das eigentliche Ulcus schon fast geheilt ist. Wichtig ist, wenn man in der Umgebung des Ulcus mixtum daneben kleine, weiche Schanker findet. Findet sich dazu eine Kette geschwollener Drüsen, die sich auch mit einem eitrigen Bubo verbinden können, dann ist die Diagnose eines Ulcus molle syphiliticum leicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Diagnose, Prognose und Behandlung der syphilitischen Neurasthenie. Vortrag von Fournier. (*Gaz. des Hôpitaux.* 12. September 1893.) Die syphilitische Neurasthenie kann verwechselt werden mit:

1. Tabes, von der sie sich aber durch das Fehlen dreier wichtiger Zeichen unterscheidet: die Patellarreflexe sind normal oder erhöht, die Pupillen und Harnfunktion normal;

2. allgemeiner Paralyse und Hirntumoren; doch fehlen ihr die charakteristischen Symptome ebenfalls (Zittern, Pupillenverschiedenheiten, Delirien, Störungen der Intelligenz etc.).

Bezüglich der Prognose ist zu bemerken, dafs die Neurasthenie der sekundären Periode rasch unter geeigneter Behandlung heilt; späteres Auftreten erschwert die Prognose.

Therapeutisch haben sich die Specifica als nutzlos erwiesen. An ihre Stelle haben zu treten: Bromsalbe, Hydrotherapie, Elektricität; aufserdem soll auf das Gemüt gewirkt werden (Reisen, Landaufenthalt etc.). (Nach *Rif. med.*)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In der Gießener medizinischen Gesellschaft (ref. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 32) demonstrierte Herr MARKWALD einen 40jährigen, bis dahin gesunden Mann, bei dem seit zehn Tagen ein Exanthem in Form von rotbraunen, ungemein dichtstehenden Flecken fast über den ganzen Körper ausgebrochen war; die Diagnose schwankte zwischen **Lues** und Erythema multiforme; gegen erstere sprach das Fehlen sämtlicher Begleiterscheinungen, gegen letzteres der Umstand, daſs die Hand- und Fuſsrücken frei waren. Der Verlauf ergab Lues. *F. Hahn-Bremen.*

Rasche Heilung eines papulösen Syphilids durch eine akute Hydrargyrose der Haut, von CH. MAURIAC. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 465.) Bei einem jungen Menschen stellten sich im Verlaufe einer sekundären Syphilis papulöse Syphilide ein, die die ganze Haut, auch das Gesicht, bedeckten und Neigung zum Zusammenfließen zeigten. Zwecks Heilung wurden täglich 2 g graue Salbe eingerieben. Aber nach der vierten Einreibung breitete sich über den ganzen Körper ein scarlatiniformes Erythem von auſserordentlicher Heftigkeit aus, das von hohem Fieber begleitet war. Sonstige Zeichen von Quecksilbervergiftung fehlten, keine Stomatitis, keine Durchfälle u. s. w. Am vierten Tage des Bestehens dieser Dermatitis waren die Papeln wie weggeblasen. Einige Monate später erschienen sie dann allerdings wieder mit groſser Heftigkeit und wichen dann nur recht langsam einer innerlichen Behandlung mit Hydrarg. protojodatum, da M. nicht wagte, den Patienten von neuem den Gefahren einer Quecksilbervergiftung auszusetzen, obschon der erstmalige Anfall sehr glücklich verlief, denn schon nach sechs Tagen waren die akuten Erscheinungen vorüber, und die Haut des Patienten begann sich in groſsen Fetzen abzulösen.

MAURIAC ist überzeugt, daſs der geschilderte scarlatiniforme Hautausschlag wirklich merkurieller Natur war, und daſs nicht dem Erythem, sondern dem Fieber das Hauptverdienst für das ungewöhnlich rasche Verschwinden der papulösen Syphilide zuzusprechen sei. Therapeutisch läſst sich diese eine Erfahrung leider nicht verwerten, da wir die Einwirkungen des Quecksilbers auf den Organismus nicht in unserer Gewalt haben. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Pathogenese der Pigmentsyphilis. (*Union méd.*) Über das Wesen der abnormen Pigmentation am Nacken und Halse bei Syphilis herrschen noch immer nur Hypothesen. Bald werden die helleren, bald die braunen Partien als das Abnorme betrachtet. Verfasser stellt sich auf Seite FOURNIERS, welcher gezeigt hat, daſs die weiſsen Flecke keine Vitiligines darstellen und nur scheinbar (infolge des Kontrastes) weniger pigmentiert zu sein scheinen, als die normale Haut. Andererseits haben jedoch mikroskopische Untersuchungen von MAIEFF (im Gegensatz zu TANTURRI) folgendes ergeben: In den braunen Partien Verdickung des Rete Malpighii und Hypertrophie des Pigmentes, das nicht allein im Innern der Zellen vorgefunden wird, sondern auch in deren Zwischenräumen, in den Bindegewebszellen und den Lymphräumen der Cutis; Atrophie der Papillen, Verdickung bis zu vollständigem Verschluſs der kleinen Arterien und Venen. In den weiſsen Partien: Verdünnung der Epidermis, Schwund des Stratum lucidum und des Pigmentes in den tiefliegenden Zellen des Rete, schwere Läsionen der kleinen Gefäſse, welche im Zentrum der Flecke vollständig obliteriert sind. Diese Gefäſsveränderungen dürften demnach als die Ursache der Affektion angesehen werden. (Gewisse Autoren (HALLOPEAU, BESNIER) sehen im „Leukoderma" syphiliticum die Überreste früherer luetischer Erscheinungen (Roseola etc.). (Nach *Presse méd. belge.* 1893. No. 44.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Rupia, von OHMANN-DUMESNIL-St. Louis. (*St. Louis Med. Review.* 6. Mai 1893.) Nach einigen einleitenden Worten definiert Verfasser die zumeist im tertiären Stadium

der Syphilis auftretende Rupia (von ῥύπος-schmutzig), beschreibt die charakteristischen Merkmale, die pathologische Anatomie, die Therapie derselben.

C. Berliner-Aachen.

Verschiedenes.

Zu dem vom 14.–16. Mai d. J. in Breslau stattfindenden **IV. Kongrefs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft** sind folgende Referate, Vorträge und Demonstrationen angemeldet:

Hauptthemata:

1. Die modernen Systematisierungsversuche in der Dermatologie. Referent: Kaposi-Wien. Diskussion: Schwimmer-Pest.

2. Der augenblickliche Stand der Dermatomykosenlehre. Referent: Pick-Prag. Demonstration von Kulturen: Winternitz, Kroesing.

Ferner sind angemeldet: Vorträge und Demonstrationen über Gonorrhoe, Endoskopie etc. von Grünfeld, Jacobi, Jadassohn, Koch, Kollmann, Löwenhardt, Lohnstein, A. Neisser, Putzler, Schäffer, Steinschneider etc.

Dermatologische Vorträge: Caspary (Erythema exsudativum), Doutrelepont (Zur Hauttuberkulose), Friedheim (Einwirkung von Säuren auf die Haut), van Hoorn (Thema vorbehalten), Joseph (Ungewöhnliche Ichthyosisformen), Lasch (Urticaria factitia), Ledermann (Resorbin), Lesser (Herpes zoster), Mraček (Ätiologie der toxischen Erytheme), Neuberger (Lichen ruber), Riehl (Hauttuberkulose), Rosenthal (Blasenbildende Affektionen der Mundschleimhaut), Saalfeld (Phaneroskopie und Glasdruck), Schwimmer (Hysterische Hautgangrän), von Sehlen (Ekzem und Schleimhauterkrankung), Staub (Erythromelalgie; Therapie der Hautaktinomykose), Winternitz (Allgemeinwirkung hautreizender Stoffe).

Syphilidologische Vorträge und Demonstrationen: Block (Bubonenbehandlung), Hochsinger, Jadassohn, A. Neisser (Lues und Tuberkulose), Marschalko (Spätlues), J. Neumann (Syphilis der Speicheldrüsen).

Dermatologische Vorträge mit Demonstrationen: Arning (visc. Lepra), Dreysel und Oppler (Eleidin), Ehrmann (Lymphgefäfse der männlichen Genitalien), Fabry (Urticaria pigmentosa), Galewski (Lepröse Trophoneurose), Halle (Hautmodelle), Krösing (Zur Lupusbehandlung), Mikulicz (Angiombehandlung), Münchheimer (Herpes zoster), A. Neisser (Molluscum contagiosum), Ruffer (Carcinom-Psorospermien), Touton (Molluscum contagiosum).

Krankendemonstrationen von Chotzen, Jadassohn, A. Neisser.

Vorläufiges Programm des **Kongresses amerikanischer Ärzte und Chirurgen** zu Washington vom 29. Mai bis 1. Juni 1894. Präsident der dermatologischen Sektion ist Prof. Morison-Baltimore.

Die Sitzungen des Kongresses werden in Metzerotts Musikhalle, Ecke der Twelfth und F. Streets, N.-W. abgehalten.

Die von der dermatologischen Sektion zur Diskussion gestellten Themata lauten:

Ausbreitung und Kontrolle der Lepra in den Vereinigten Staaten.

1. Die Ausbreitung. Referent: Prof. Dr. J. N. Hyde-Chicago. Korreferenten: Prof. Dr. W. A. Hardaway-St. Louis und Dr. J. E. Graham.
2. Prophylaxe und Behandlung. Referent: Prof. Dr. J. C. White-Boston. Korreferenten: Prof. Dr. G. H. Fox-New York, W. C. Wyman und Prof. Dr. Joseph D. Bryant.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. | No. 8. | 15. April 1894.

Der augenblickliche Stand der Pigmentfrage.

Eine kritische Übersicht

von

Dr. MORITZ COHN-Hamburg.

Im Jahre 1887 veröffentlichte UNNA in *dieser Zeitschrift*[1] seine kritischen Bemerkungen zur Pigmentfrage. Seitdem sind eine Reihe neuerer Arbeiten erschienen, welche sich mit dieser Frage beschäftigen. Inzwischen trat ich selbst in den letzten Jahren dieser Frage näher und veröffentlichte 1891 ebenfalls in *dieser Zeitschrift* dasjenige, was ich bei den gewöhnlichsten Pigmentanomalien sicher nachweisen konnte.[2] Indem ich auf diese Arbeiten verweise, beschäftige ich mich heute hauptsächlich mit den Arbeiten, welche gleichzeitig oder später erschienen, und welche mir berufen scheinen, unsere Kenntnisse in betreff der Pigmentfrage an der menschlichen Haut zu fördern. Ich muſs hier aber gleich im voraus bemerken, daſs in betreff der Herkunft und Bildung des Pigments einige Arbeiten besprochen werden müssen, welche zwischen den beiden oben genannten Publikationen liegen; allein damals, als ich mich nur mit der Anatomie beschäftigte, konnte ich dieselben nicht weiter besprechen. Nunmehr will ich das Versäumte nachholen, zumal dieselben, obgleich sie nicht eigentlich die Hautanatomie behandeln, doch ein Streiflicht auf die Herkunft des Pigments in der menschlichen Haut werfen.

Zunächst hat EHRMANN eine Reihe neuer Arbeiten über Pigment im *Arch. f. Derm. u. Syph.* veröffentlicht.[3] Durch seine experimentellen Untersuchungen an der Froschhaut kam E. zu der Überzeugung, daſs der Pigmentwechsel an derselben durch die Einflüsse bedingt sei, welche die Umgebung auf das Zentralnervensystem ausübt, und zwar können dieselben in chemischen Reizen, Belichtung oder Wärme bestehen. Um

[1] Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren. pag. 366.
[2] Zur Anatomie der Epheliden, Lentigines und Naevi pigmentosi.
[3] 1891. Ergänzungsheft II. Über Hautentfärbung durch sekundär syphilitische Exantheme. 1892. Zur Kenntnis von der Entwickelung und Wanderung des Pigments bei den Amphibien. pag. 195. Beitrag zur Physiologie der Pigmentzellen nach Versuchen am Farbenwechsel der Amphibien. pag. 519.

diesen Einfluſs zu erweisen, stellte er folgende Versuche an. Erstens schnitt er einen gestielten Lappen aus der Rückenhaut eines dunklen Frosches aus, sah denselben hell werden und so bleiben, wenn man nachher auch den Frosch im Dunkeln aufbewahrte. Zweitens legte E. auf die Rückenhaut eines dunkelgrünen Frosches eine von erwärmtem Wasser durchflossene Metallkapsel und sah die Haut alsdann hellgrün oder hellweiſs werden. Drittens legte er Kochsalzstücke auf die hellgrüne Froschhaut und sah dieselbe sofort schwärzlich werden. Diesen letzten Vorgang hat E. auch mikroskopisch näher beobachtet. Er präparierte einem jungen Frosch die Rückenhaut ab, legte dieselbe unter das Mikroskop, nachdem kleine Kochsalzkrystalle darauf gebracht waren, und sah die dunklen Pigmentzellen ihre Ausläufer ausstrecken und damit die über ihnen liegenden hellen Pigmentzellen umschlieſsen.

Im allgemeinen faſst E. unter letzteren im Gegensatz zu ersteren (den schwarzen und mit beweglichen Ausläufern versehenen Zellen) diejenigen zusammen, welches weiſses, gelbes oder irrisierendes Pigment enthalten. Bei diesen konnte er keine Veränderung der Lage konstatieren. Er fand sie ziemlich regelmäſsig an der Chorion - Epidermisgrenze der Froschhaut.

In einer andern Arbeit beschäftigt sich derselbe Autor hauptsächlich mit den Amphibien, um eine weiter unten zu besprechende Arbeit Jarischs nachzuuntersuchen. Hier interessiert uns hauptsächlich dasjenige, was E. thatsächliches in ihnen vorbringt. Er hält in derselben an seinen unten zu schildernden drei Phasen des Pigmentaufstieges fest und bringt folgende neue Punkte. Das Pigment der Froschembryonen, welches sich zur Zeit findet, wo die Blutgefäſse noch fehlen und die Cutis nur angedeutet ist, stammt aus dem mütterlichen Organismus und wird aus dem pigmentierten Eierstock mitgenommen (z. B. beim Axolotl, Frosch). Bei diesen erfolgt also die Pigmentierung der Oberhaut ebenso, wie er es auch sonst schildert, von innen nach auſsen; E. läſst daher diesen Vorgang nicht als Beweis für die metabolische Pigmentbildung gelten, da dieses Pigment sehr wohl aus dem mütterlichen Blute ursprünglich entstanden sein kann. Als Beleg hierfür führt er die Pigmententwickelung bei Salamandra maculata an, deren reife Eier im Ovarium kein Pigment enthalten. Hier sah er dasselbe zuerst in der Cutis sich bilden und allmählich zur Oberhaut aufsteigen. Immerhin giebt er zu,[4] daſs „eine bisher nicht bestimmbare Zahl verästelter Pigmentzellen der Oberhaut möglicherweise durch Umwandlung der Elemente des Ectoderms entstehen kann“. Ebenso könne sich event. aus den Dotterplättchen ein pigmentierter Körper bilden, doch könne das Oberhautpigment nur zum

[4] l. c. 1892. pag. 220.

geringsten Teil davon abstammen. Bei den erwachsenen Amphibien findet sich nur dort Pigment, wo auch Blutgefäfse vorhanden sind, und die braunen Pigmentzellen stehen zu letzteren in enger Beziehung, vorausgesetzt, dafs lebendes Protoplasma vorhanden ist, welches den Blutfarbstoff in Pigment umwandeln kann.

Demnach enthalten die neueren Arbeiten E.s nur Stützen für die von ihm, Aeby, Karg, Kölliker u. a. aufgestellte Theorie der Pigmentbildung aus dem Blutfarbstoff vermittelst der (Bindegewebs-?)Zellen der Cutis. Neue Angaben über mikroskopische Befunde bei der normalen oder pathologisch affizierten Haut des Menschen konnte ich nur in der Arbeit über sekundär-syphilitische Exantheme finden; im übrigen scheint E. noch an dem festzuhalten, was er in seinen früheren Arbeiten niedergelegt hat. Er unterscheidet in denselben drei Stufen der Pigmentinfiltration.

Als erste Stufe der Pigmentinfiltration bezeichnet E. den Zustand, in welchem sich in allen Zelllagen der Epidermis, sowohl in den basalen als in den darüber liegenden reichlich Pigment findet, während das darunter liegende Chorion frei davon ist. Zur gleichen Zeit ist in dem angrenzenden Cutisbezirk die Pigmentbildung ordentlich im Flufs, weil dieser Teil sich jetzt im dritten Stadium befindet. Sind die basalen Epithelzellen pigmentfrei, die obereren pigmentiert, so nennt E. diesen Zustand die zweite Stufe der Pigmentinfiltration. Gleichzeitig sah er zwischen der pigmentierten und der pigmentlosen Zellschicht pigmentierte Zellkörper, deren Ausläufer hauptsächlich nach oben gerichtet waren. Während dieses Stadiums nimmt das Pigment im Chorion zu. Sind sämtliche Zelllagen der Oberhaut pigmentfrei, ist also das Pigment gänzlich nach aufsen abgestofsen, so bezeichnet E. diesen Zustand als dritte Stufe der Pigmentinfiltration; während dieser Zeit ist die Cutis ganz von Pigment erfüllt. Diese Stadien, welche von ihm bei den Amphibien gefunden wurden, überträgt er auch auf den Menschen. Nur sind die Zellen kleiner, die Ausläufer feiner und zarter und liegen hauptsächlich an der Grenze zwischen Ober- und Unterhaut.

So findet er denn auch beim menschlichen Haar die Chromatophoren hauptsächlich in der Haarmatrix. Diese haben in den unteren Zelllagen ihre Ausläufer zwischen den Zellen (Unna), und erst in den oberen Zellschichten findet sich das Pigment in den Zellen (Waldeyer). Unabhängig von diesen Chromatophoren finden sich pigmentierte Bindegewebszellen in der Haarpapille; dieses kann auch dann noch der Fall sein, wenn das Haar ganz weifs ist, also die Pigmentbeförderung in die Haarmatrix unterbrochen ist; dann finden sich aber in der letzteren keine Chromatophoren.

Einen ähnlichen Vorgang wie beim Ergrauen der Haare fand E. bei der Leukopathie und der Vitiligo. Hier finden sich Pigmentzellen oft in der

Cutis in relativ gröfserer Menge als bei gesunder pigmentierter Haut. Der Unterschied besteht nur darin, dafs die Epidermis von Pigment gänzlich entblöfst ist. Besonders stark ausgebildet fand E. in Übereinstimmung mit NEUMANN die Chromatophoren an der Cutis-Epidermisgrenze beim breiten Kondylom. Hier findet sich zwischen den Epidermiszellen ein reicheres Pigmentnetzwerk als sonst. Dagegen fanden sich hier in der Cutis keine verzweigte Pigmentzellen. Er glaubt daher, dafs die Epithelzellen des breiten Kondyloms nicht im stande sind, Pigment aufzunehmen. Ferner stellt E. für die Chromatophoren beim Leukoderm und bei syphilitischen Narben die Theorie auf, dafs sie derartig verändert seien, dafs sie nicht funktionieren. Er stützt diese Behauptung durch die Beobachtung, dafs diese Zellen oft reichlich mit Pigment beladen an der Chorion-Epidermisgrenze liegen. Er kommt also zu dem Schlufs, dafs bei den erwähnten Affektionen in der Cutis Pigment wohl gebildet, dasselbe aber wieder resorbiert wird, da die Überführung in die Epidermis sistiert ist.[5]

Eng an die E.schen Untersuchungen schliefsen sich diejenigen VON KAHLDENS an, welcher in betreff der Pigmententstehung ebenfalls auf dem althergebrachten Standpunkt steht. Er untersuchte die Haut von zwei an Morbus Addisonii gestorbenen Personen[6] und gelangte in betreff des Vorkommens des Pigmentes in den untersten Schichten des Epithels und der Pigmentzellen im Corium genau zu denselben Resultaten wie früher RIEHL und NOTHNAGEL.[7] Er glaubt ebenfalls an eine Herkunft derselben aus dem Blute, ohne allerdings sichere Beweise dafür erbringen zu können. Als wesentlich mufs nur hervorgehoben werden, dafs Erkrankungen und Veränderungen an den Gefäfsen, wie RIEHL sie beschrieben hat, nirgends von ihm gefunden werden konnten. Da nun auch NOTHNAGEL dieselben nicht gesehen hat, so glaubt er, dafs es sich in den RIEHLschen Fällen um ein zufälliges Zusammentreffen von Morbus Addisonii mit einer zu Blutungen neigenden Diathese gehandelt habe: In der Zungenschleimhaut fand er freie Pigmentkörnchen im Lumen der Gefäfse.

Zu einem Resultat, das in keiner Hinsicht von dem anderer Autoren abweicht, kam JACOB HALPERN,[8] welcher pigmentierte Haut vom Weifsen und Neger untersuchte. Als wesentlich sind zwei Punkte hervorzuheben.

---

[5] Einen stichhaltigen Beweis für diese letzten Ausführungen konnte ich in den E.schen Arbeiten nicht finden; wir können also uns nicht wundern, wenn durch weitere Untersuchungen ein anderer Modus der „Pigmentaufstiegsbehinderung" festgestellt würde.

[6] Beiträge zur pathologischen Anatomie der Addisonschen Krankheit. *Virch. Arch.* 1888. Bd. 114. pag. 65.

[7] cfr. UNNA und meine Arbeit l. c.

[8] Über das Verhalten des Pigments in der Oberhaut des Menschen. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1891. pag. 887.

Erstens sah er an der Chorion-Epithelgrenze Pigmentzellen, deren Ausläufer eine sehr bedeutende Länge erreichten, selbst bis zu der Breite von 4 bis 5 Zelllagen, eine Angabe, welche noch der Bestätigung älterer Forscher harrt, da ich für die menschliche Haut nirgends eine korrespondierende Bemerkung finden konnte. Ich selbst konnte nur äufserst selten die Ausläufer weiter als bis zur nächsten Zelllage verfolgen. Anders liegt die Sache beim menschlichen Haar und an der Froschhaut, bei denen die Ausläufer eine ganz bedeutende Länge erreichen können. Zweitens sah er an einem Präparat aus einer Linea alba den Ausläufer einer Pigmentzelle direkt in die Kappe einer pigmentierten Epithelzelle übergehen. Für die Aufnahme des Pigments stellte er folgende zwei Hypothesen auf. Er sagt auf pag. 907, es giebt eine „Aufnahme des durch Zerfliefsen der Wanderzellen und ihrer Ausläufer (unter Einwirkung der Retezellen?) in den Intercellularräumen frei gewordenen Pigments“ und zweitens eine „Aufnahme von Teilen des Protoplasmas der Wanderzellen, vielleicht sogar ein Verschmelzen junger Zellen mit Epidermiszellen“. So glaubt er seine „Kappen“ (id est Pigmentanhäufungen) erklären zu können.[9]

Einen vermittelnden Standpunkt nehmen Kaposi und Caspary ein; dieselben glauben den Streit zwischen den beiden Parteien — derjenigen, welche für die Entstehung des Pigmentes aus dem Blute, und derjenigen, welche für die metabolische Entstehung desselben kämpft, — auf einfache Weise schlichten zu können. So sucht Kaposi auf rein didaktischem Wege zu erweisen, dafs es nur möglich ist, alle Vorgänge bei der Pigmentierung genügend zu erklären, wenn man beide Entstehungsweisen nebeneinander als gleichberechtigt gelten läfst. Die Autorität dieses Forschers könnte uns verleiten, seiner Ansicht als unbedingt richtigem und einzigem Ausweg aus diesem Labyrinth beizutreten. Allein der Schlufs dieser Arbeit wird zeigen, dafs bereits auf experimentellem Wege der Nachweis erbracht ist, dafs die Entstehung des Pigmentes aus dem Blute viel wahrscheinlicher als die metabolische ist. Was Kaposi für und wider anführt, hat er in einem Referat auf dem internationalen Kongrefs niedergelegt.[10]

Caspary sucht diesen Standpunkt nun durch anatomische Untersuchungen zu erhärten. Er[11] untersuchte normale Haut aus der Achselhöhle und dem Warzenhof, Skrotalhaut von Morbus Addisonii, vitiliginöse Haut vom Handrücken, Naevi und Haarwurzeln von der Kopfhaut. Sein

---

[9] Jeder unbefangene und mit den anatomischen Vorgängen vertraute Leser wird sich fragen, wie der Verfasser sich diesen Vorgang denke. Leider bin ich nicht mit genügendem Scharfsinn ausgerüstet, um dieses Rätsel zu lösen.

[10] Über Pathogenese der Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1891. pag. 191.

[11] Über den Ort der Bildung des Hautpigments. Ibid. pag. 3.

Befund weicht von dem der früheren Autoren nicht ab. Sehr schöne Pigmentophoren fand er an der Grenze des Coriums bei der Skrotalhaut, während er dieselben sonst nicht auffinden konnte. Ebenso suchte er vergeblich im Schweinerüssel nach den MERKELschen ungefärbten Pigmentzellen, während er die pigmentierten fand. Er kommt daher zu dem Schlufs, dafs neben der Herkunft des Pigments aus dem Blute auch noch eine metabolische Pigmentbildung existiere.

Im Gegensatz zu den bisher besprochenen Autoren tritt JARISCH in einer Reihe von Arbeiten [12] nur für die metabolische Entstehung des Oberhautpigments ein. Allerdings beziehen sich seine Untersuchungen — soweit die Haut in Frage kommt — hauptsächlich auf Frösche und und Tritonlarven. Von Säugetieren (der Conjunctiva bulbi) und dem Menschen ist nur nebenbei die Rede. Am Schlusse dieses Teils werde ich die Dinge zusammenstellen, welche sich auf die normale und pathologisch affizierte Haut des Menschen beziehen. Zunächst sei es mir gestattet, die Theorie JARISCHS etwas ausführlicher zu besprechen. Er fand nämlich in der unteren Zelllage der Froschlarvenepidermis, bevor verzweigte Pigmentzellen auftraten, leicht geblähte runde Zellen. Zunächst lassen dieselben zwischen dem Pigment [13] noch einen bläschenförmigen Kern erkennen. Diese Zellen vergröfsern sich allmählich, so dafs sie schliefslich die Retezellen um das Mehrfache an Gröfse übertreffen. Währenddessen wird der Kern undeutlich, verschwindet ganz [14] und dafür tritt ein „eigentümlicher Glanz der dunkel gefärbten Wand" auf. In diesem Stadium kommt es zur teilweisen Auflösung und Vakuolenbildung in den Pigmentkugeln. Es bilden sich dann ein oder mehrere „Pigmentsicheln", welche in ihrer Mitte einen durch Boraxkarmin färbbaren Kern erkennen lassen. [15] Die Schlufsfolgerung, welche JARISCH nun aus dieser Darstellung zieht, will ich mit seinen eigenen Worten wiedergeben, da ich mir diesen Vorgang nicht vorstellen kann und nach der Darstellung anderer Autoren und meiner eigenen Anschauung kein Analogon dafür weifs. Er sagt: [16] „Und in der That braucht man sich nur vorzustellen, dafs in die entstandene Pigmentsichel die umgebenden Epidermiszellen hineinwachsen und dieselbe aufrollen — einen Vorgang, den man in allen seinen Phasen

---

[12] Über die Anatomie und Entwickelung des Oberhautpigments beim Frosche. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. pag. 559. Zur Anatomie und Herkunft des Oberhaut- und Haarpigments beim Menschen und den Säugetieren. Ibid. Ergänzungsheft II. pag. 35. Über die Bildung des Pigments in den Oberhautzellen. Ibid. 1892. pag. 223.

[13] Ich konnte trotz mehrmaligen Lesens des betreffenden Passus nicht finden, woher dieses Pigment stammt.

[14] Hier wäre der Einwand möglich, dafs derselbe nur nicht gefärbt würde.

[15] Wenn diese Kerne nicht durch Teilung aus dem eben „verschwundenen" Kerne entstanden sind, müfste hier der Einwand erhoben werden, woher diese Kerne stammen.

[16] l. c. 1891. pag. 574.

genau verfolgen kann —,[17] so hat man das Bild der verzweigten Pigmentzelle in allen ihren Eigentümlichkeiten vor sich."

Ferner fand JARISCH an Flachschnitten im Schwanze der Tritonlarven leuchtend rote Kugeln. Dieselben waren vom Kern umschlossen oder lagen in einer Einbuchtung desselben oder befanden sich schliefslich auch ganz frei im Protoplasma. Sie stellten entweder eine homogene Masse dar oder waren durch ein Konglomerat kleinerer homogener Kugeln gebildet. In denselben fand sich häufig Vakuolenbildung. Die Eigenschaften dieser Körper, ihre gleiche Färbung mit der chromatischen Substanz des Kernes, ihre räumlichen Beziehungen zu denselben veranlafsten JARISCH, dieselben für ein Produkt des Kernes zu halten. Er kommt daher zu folgendem Schlufs:[18] „Das Oberhautpigment — (aus dem Vorhergehenden ergiebt sich, sowohl beim Tiere als beim Menschen) — entwickelt sich aus einer Kernsubstanz, dem Chromatin, oder einem diesem chemisch oder wenigstens räumlich nahestehenden Körper."[19]

Demnach hält J. die Entstehung des Pigments aus dem Blutfarbstoff für gänzlich ausgeschlossen. Trotzdem war es mir nicht möglich, in seinen Arbeiten einen sicheren Beweis dafür zu finden. Die Anhäufung des Pigments am distalen Pol, auf die er besonderen Wert legt, kann ich nicht als ausschlaggebend ansehen, dieselbe liefse sich von seiten der gegnerischen Hypothese ebenso gut erklären. Weiter wird man auch bei aufmerksamer Betrachtung der Abbildungen, welche J. seinen Arbeiten anfügt, eine Anhäufung des Pigments auch am proximalen Pol konstatieren können. Die einfachste Erklärung, warum ein Teil der Untersucher das Pigment häufiger am proximalen, ein anderer häufiger am distalen Ende gesehen hat, liegt in der Schnittführung und der Auswahl der Präparate. Ich glaube nach meinen eigenen Untersuchungen erklären zu dürfen, dafs hierauf überhaupt kein Wert zu legen ist.

Immerhin hat auch J. das Pigment in der Cutis in gröfseren Schollen und Haufen angetroffen. Er glaubt, dieselben wären dadurch entstanden, dafs das Pigment aus den oberhalb gelegenen pigmentarmen Zellen ausgetreten wäre. Hierin liegt nun die gröfste Schwierigkeit der metabolischen Theorie. Denn wenn JARISCH auch die KARGschen Transplantationsversuche als Beweis anführt, so fehlen doch in der normalen Negerhaut die Leukocytenanhäufungen, welche gerade in den angeführten Experimenten die Hauptrolle des Pigmenttransportes übernahmen. Hätte J. abweichend von allen anderen Forschern in der normalen Negerhaut An-

---

[17] Weshalb sind die Phasen nicht einzeln geschildert? Mein Vorstellungsvermögen gestattet mir nicht, ohne eingehende Schilderung des Autors dieselben mir vorzustellen, da ich fürchten mufs, mir etwas anderes vorzustellen, als er meinte.

[18] l. c. 1892. pag. 232.

[19] Ich kann mir nicht denken, welche Beziehungen zwischen chemisch verwandten oder räumlich nahestehenden Körpern bestehen sollen.

häufungen von weifsen Blutzellen angetroffen, so würde er es uns schwerlich verschwiegen haben.

Giebt er doch bei den progressiven Leukopathien gerade die Zellanhäufung als ein wesentliches Merkmal an. Hier sei mir die Bemerkung gestattet, dafs nach DEMIÉVILLE und mir gerade die Zellanhäufungen in der Cutis bei pigmentierter Haut ein wesentliches Merkmal bilden, ob es sich um normale oder pathologische Verhältnisse handelt. Ein Linsenfleck und die Mulattenhaut geben mikroskopisch ganz gleiche Bilder, wenn man nur die Epidermis betrachtet; lenkt man aber seine Aufmerksamkeit auch auf die Cutis, so findet man bei ersterem häufig Anhäufungen von Zellsträngen, welche bei der letzteren fehlen; bei beiden sieht man dagegen vereinzelte Chromatophoren. Ich stehe nicht an, zu behaupten, dafs, wenn sich im Corium der Mulatten- und Negerhaut Zellanhäufungen finden, bei ihnen eine pathologische Affektion vorliegt. Wir müssen daher von J., wenn derselbe an der metabolischen Entstehung des Epidermispigments festhält, eine genügende Erklärung für den Transport in die Cutis verlangen. Hierdurch soll keineswegs in Abrede gestellt werden, dafs gelegentlich ein vereinzeltes weifses Blutkörperchen das Pigment zurücktransportieren könnte.

Schliefslich darf nicht unerwähnt bleiben, dafs JARISCH insofern mit MERTSCHING übereinstimmt, als beide das Pigment als einen Abkömmling des Zellkerns ansehen. Sie unterscheiden sich nur darin, dafs M. das Keratohyalin als eine Vorstufe des Pigments ansieht, während J. Chromatin und Keratohyalin für gleichwertige Abkömmlinge des Zellkerns ansieht.

Soviel über die allgemeine Theorie JARISCHS, welche er aus den Untersuchungen am Tier folgert; über die Haut und das Haar des Menschen mögen folgende Details hier angeführt werden.

In der Haut von Brustwarzen und Analfalten liegt das Pigment fast ausschliefslich in den Basalzellen, das Corium ist relativ arm daran.

Da J. nun das Pigment für ein Produkt des Zellkerns ansieht, welches aus ihm durch Vakuolenbildung, nachherigen Zerfall und schliefsliche Teilung in kleine Pigmentkörperchen entstehen soll, so entspricht dem auch seine Darstellung der Negerhaut.

Er schreibt:[20] „Bei der untersuchten Negerhaut bildete die Vakuolenbildung an den dunkles Pigment enthaltenden Basalzellen eine sehr hervorstechende Erscheinung, und ich mufs auch hier, wenigstens für einen Teil der kleinen spindel- oder sichelförmigen Pigmentzellen, welche an der Chorion-Epidermisgrenze liegen, denselben Ursprung wie für jene an der Katzenschnauze annehmen“ (id est durch Vakuolenbildung etc. D. V.). —

[20] Ergänzungsheft zum *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Bd. II. pag. 43.

Das im Corium befindliche Pigment deutet er als aus der Oberhaut eingewandert.

In der Anatomie des Haares nimmt JARISCH einen vermittelnden Standpunkt zwischen WALDEYER, UNNA einerseits und RIEHL, KÖLLIKER, EHRMANN andererseits ein. In der Peripherie der Rindenmatrix, der Cuticula am nächsten, fand er das Pigment hauptsächlich in den Zellen, dem distalen Kernpol angelagert, während er es in der Matrix, welche der Haarpapille zunächst anlag, auch zwischen den Zellen liegen sah.

Weiter fand derselbe Autor bei Pigmentatrophien der Haut viel mehr Pigmentzellen am Rande der Plaques im Corium als bei Hyperpigmentierungen der Brustwarzen und Achselfalten im entsprechenden Gebiete. Gleichzeitig sah er bei den progressiven Leukopathien eine Zellwucherung um die Gefäſse der Cutis. Diese Zellen sollen sich nun, je näher sie an die Epidermis heranrücken, um so stärker mit Pigment füllen, während die Oberhaut daran verarmt.

Gerade diese Thatsachen und die oben erwähnte Vakuolenbildung im Zellkern, ebenso wie die distale Lagerung des Pigments benutzt J. für die Entstehung desselben in der Epidermis und seinen Transport in die Cutis.

Die Anhäufung des Pigments in den Zellsträngen der Cutis läſst sich ebenso gut als eine Retention desselben deuten. Infolge der Erkrankung der Oberhaut haben vielleicht die Epidermiszellen die Fähigkeit verloren, das nach wie vor aus dem Blutfarbstoff in der Unterhaut gebildete Pigment aufzunehmen, es findet daher eine um so gröſsere Anhäufung statt, je näher die Chromatophoren an ihren Bestimmungsort heranrücken.

Somit wäre die Theorie von JARISCH widerlegt, wenn derselbe nicht durch andere Beweise, welche eindeutiger sind, dieselbe zu stützen im stande wäre. Er hat sie aber erbracht, allerdings nicht am Menschen, sondern an den Froschlarven. Bei der Wichtigkeit dieses Befundes kann ich nicht umhin, den Autor selbst reden zu lassen. Er sagt[21]: „Da wir schon in der Embryonalperiode braunes oder schwarzes körniges Pigment in den Oberhautzellen antreffen, also zu einer Zeit, in welcher die Embryonen noch kein rotes Blut haben, so kann dieses Pigment nicht vom Blutfarbstoff abstammen. Dieses Pigment kann aber auch nicht aus der Cutis in die Epidermis aufgestiegen sein, denn eine Cutis existiert in diesen Entwickelungsstadien so gut wie nicht.“

Sollten weitere Untersuchungen dieses auch für die menschliche Haut bestätigen, so besteht die Möglichkeit, daſs unsere Anschauung in betreff der Herkunft des Pigments dadurch modificiert würde, indem wir auſser der Einschleppungstheorie auch eine Umwandlungstheorie annehmen

[21] *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. pag. 572.

müfsten. So lange bis dies geschehen, kann aber die von JARISCH in seinem Referate auf dem internationalen dermatologischen Kongresse citierte Beobachtung von SIEBER für uns nicht ausschlaggebend sein. Derselbe sprach nämlich vom chemischen Standpunkte die Erwartung aus, dafs die Anatomen und Dermatologen ihre Ansicht über die Herkunft des Haarpigments ändern müfsten, da das letztere mit dem Blutfarbstoff nichts gemeinschaftlich habe, also auch nicht von ihm abstammen könne.

Ebenfalls für die metabolische Entstehung des Pigments treten KODIS und neuerdings POST ein. Ersterer glaubt,[22] dafs die Pigmentzellen Umwandlungsprodukte der Epithelzellen sind. Dieselben wandern dann aus der Epidermis in die Cutis. Allmählich erleiden sie weitere Veränderungen und gehen in helle Pigmentzellen über. Er stützt seine Ansicht darauf, dafs Pigmentzellen vor dem Auftreten von Blutgefäfsen vorhanden sind. Dagegen läfst sich mit EHRMANN wie auch gegen JARISCH einwenden, dafs das Pigment bereits von der Mutterzelle mit ins Ei hinübergenommen wurde. Der Zählung der Zellen kann ich die Bedeutung, welche KODIS ihr beilegt, nicht zugestehen. Wer sich genauer darüber unterichten will, den mufs ich, da dieselbe für die Entstehung des Pigments nicht weiter in Frage kommt, auf das Original verweisen.

Ganz auf demselben Standpunkte wie JARISCH steht POST.[23] Derselbe stellt in einer vorläufigen Mitteilung folgende Thesen auf. Das Pigment der Oberhaut bildet sich unabhängig von der Pigmentierung der mesodermalen Teile. Es entsteht in besonderen verzweigten Zellen der Oberhaut, welche die Übertragung in die Hornzellen vermitteln, und in den basalen Retezellen. Das Pigment der Cutis ist teilweise aus der Epidermis eingeschleppt. Indem ich mich einstweilen bis zum Erscheinen der ausführlichen Arbeit jeder Bemerkung enthalte, will ich nur die Punkte hervorheben, auf welche POST seine Thesen stützt. Erstens fand er in den Haaren eines 4½ monatlichen Embryo, desgleichen bei sich regenerierenden Cilien und Haaren älterer Individuen zuerst das Pigment in den Matrixzellen, während die Haarpapillen und Bälge davon frei waren. Zweitens fand er bei diesen wie auch in der pigmentierten Haut des Menschen und vielen Naevis eine besondere Form des Pigments. Dasjenige der Oberhaut war nämlich stäbchenförmig, während dasjenige der Cutis sich in Form von Körnern fand.

Die nächsten beiden Arbeiten erwähne ich mehr der Vollständigkeit und des allgemeinen Interesses wegen, als weil sie etwa in der Pigmentfrage eine Entscheidung brächten. NUSBAUM[24] konnte an jungen Frosch-

[22] Die Epithelzellen im Froschlarvenschwanz. *Arch. f. Anat. u. Phys.* 1889.

[23] Über normale und pathologische Pigmentierung der Oberhautgebilde. *Anat. Anz.* 1893. No. 17. pag. 579.

[24] Über die Verteilung der Pigmentkörner bei der Karyokinese. *Anat. Anz.* 1893. No. 20. pag. 666.

embryonen bei der Teilung der Pigmentzellen folgenden Vorgang beobachten. Sobald sich eine Pigmentzelle zur Teilung anschickt, sammelt sich das bis dahin in der ganzen Zelle zerstreute Pigment an den beiden Polen derselben an, besonders stark zur Zeit, während welcher die Kernspindel sich bildet. Beginnen nun die beiden Tochterzellen sich abzuschnüren, so sammelt sich dasselbe in der Peripherie des Äquators an und erfüllt schliefslich die ganze Äquatorialebene. Diese Pigmentscheibe kann selbst ein Drittel des Zellleibes einnehmen. Allmählich wandelt sie sich in eine dichte Platte um, so dafs die Körnchenform undeutlich wird. Dann entsteht im Zentrum eine Lücke, die Tochterzellen weichen auseinander, die Teilung ist vollendet. Das Pigment zerstreut sich wieder in jeder über die ganze Zelle.

Die andere dieser beiden Arbeiten beschäftigt sich mit den Bewegungserscheinungen in den Pigmentzellen. Ballowitz[25] beobachtete in Übereinstimmung mit den Angaben früherer Forscher, wie Brücke, Lister, Solger in den Chromatophoren der Knochenfische eine Bewegung der Pigmentkörnchen. Im Gegensatz zu Ehrmann bestreitet er die amöboide Bewegung der Protoplasmafortsätze der Pigmentzellen und glaubt, dafs sich nur das Pigment in denselben fortbewege. Er giebt zu, dafs es nur schwer gelingt, die farblosen Ausläufer zu verfolgen; er glaubt aber in der Golgischen Färbungsmethode ein Mittel für den Nachweis derselben gefunden zu haben. Dabei fiel ihm der Reichtum der Pigmentzellen an Nervenendigungen auf. Hieraus erklärt sich am ungezwungensten die Mannigfaltigkeit der Bewegung derselben, wie wir das Endprodukt dieser Bewegung in den verschiedenen Formen der Pigmentzellen wahrnehmen.

Im Gegensatz zu den bisher besprochenen Autoren, welche gröfstenteils das mikroskopische Präparat zur Grundlage ihrer Untersuchungen wählten, versuchte Martin B. Schmidt[26] auf rein experimentellem Wege die Entstehung des Pigments zu ergründen. Er ging von dem Gedanken aus, dafs man das Pigment, falls es nicht metabolisch, sondern aus dem Blute entstände, direkt darstellen und so seine Entstehung beobachten könnte. Vor ihm war dieser Weg unter andern schon von Arnold und Tizzoni eingeschlagen worden, doch ihm blieb es vorbehalten, den direkten Beweis zu führen. Er ging von dem Gedanken aus, dafs man, wenn Blut direkt in den Körper eines lebenden Organismus eingeführt würde, seine Umwandlung in Pigment verfolgen könne. Er experimentierte zu diesem Zwecke an Fröschen und Kaninchen und bestätigte hinterher den Befund durch Untersuchungen am menschlichen Gewebe. Zunächst liefs er Hollundermarkplättchen von 100—150 μ Dicke sich mit dem Herzblut eines Frosches vollsaugen und führte sie dann zu mehreren durch eine

[25] *Biol. Centralbl.* 1893. pag. 625.
[26] *Virch. Arch.* 1889. Bd. 115. pag. 397 ff.

mediane Hautwunde am Rücken in den Lymphsack eines anderen Frosches ein. Hier liefs er sie längere Zeit liegen und untersuchte sie dann teilweise noch frisch im Humor aqueus oder, nachdem er sie in aufsteigendem Alkohol gehärtet hatte, mit den üblichen Färbungsmethoden. Am häufigsten verwandte er hierzu Eosin; zum Nachweise des Eisens bediente er sich einer salzsauren Ferrocyankaliumlösung und nachträglicher Färbung mit Alaunkarmin. Trat eine diffuse Blaufärbung ein, so bediente er sich zur Kontrolle der von Quinke angegebenen Schwefelammoniumbehandlung. Die Plättchen blieben bis zur Untersuchung im Lymphsack, und zwar schwankte die Dauer zwischen 1 und 100 Tagen.

An den frisch untersuchten Plättchen konstatierte Schmidt nun ein allmähliches Einwandern von Leukocyten, die sich langsam in spindelförmige, epitheloide und Riesenzellen umwandelten, während sie sich gleichzeitig durch Teilung vermehrten. In den Leukocyten sieht er die aktiven Zellen für die Bildung des Pigments aus dem Hämoglobin. Er verfolgte nämlich unter dem Mikroskop, wie ein weifses Blutkörperchen sich an ein „Hämoglobinkörperchen“ anlegte, einen Arm aussandte und damit ein Teilchen von dem Körperchen zur Abschnürung brachte.

Die Pigmentbildung selbst geht nun nach der Schilderung dieses Autors auf folgende Weise vor sich. Am ersten Tage bereits entfärbt sich ein Teil der roten Blutkörperchen und erscheint als ein helles Gebilde, welches die Gestalt, das Protoplasma und den Kern des ersteren noch erkennen läfst. In seinem Innern findet sich gleichzeitig ein grünes, stark glänzendes Körperchen, welches dem Hämoglobin entspricht. Beobachtet man dasselbe unter dem Mikroskop, so nimmt dasselbe nach und nach eine dunklere Färbung an und geht durchs gelbe, rote ins braune Pigment über. Hiermit finden die von anderen Autoren (Krukenberg) als verschiedene Arten des Pigments aufgestellten Formen ihre Erledigung. Es sind nichts weiter als Übergangsstufen. Natürlich läfst sich dieser Übergang vom grünen Hämoglobin bis zum eisenfreien Melanin nicht an einem Blutkörperchen studieren. Aber Schmidt kontrollierte seine Untersuchungen dadurch, dafs er die Pigmentierung um so stärker fand, je länger das Plättchen im Lymphsack geblieben war, und indem er weiter die Plättchen stets untereinander verglich. Die mikrochemische Reaktion mit Berlinerblau gelang erst dann, wenn die Plättchen 6—7 Wochen im Lymphsack gewesen waren; doch mifslang die Probe auch bei älteren. Schmidt kommt daher zu einer Schlufsfolgerung, welche ich mir bei ihrer einschneidenden Bedeutung wörtlich zu citieren erlaube. Er sagt l. c. pag. 440.

„Das Stadium der Eisenreaktion ist also nicht von Bestand; es repräsentiert nur eine Stufe in der fortwährend weiterschreitenden Entwickelung des scheinbar unveränderlichen körnigen Pigments und ver-

schwindet mit dem zunehmenden Alter. Es giebt ein hämatogenes, körniges Pigment, welches von gleicher Beschaffenheit und unter gleichen Bedingungen wie das Hämosiderin entstanden, kein mikrochemisch nachweisbares Eisen enthält."

Hauptsächlich stützt er diese Behauptung durch seine Untersuchungen am Kaninchen, die er auf folgende Weise vornahm. Er legte durch die Weichteile vor der Trachea eine kleine Schnittwunde und injicierte in diese mittelst der PRAVAZschen Spritze defibriniertes Hammelblut, etwa 8 ccm, während der Dauer von zwei Stunden. Er hatte gehofft, nach dem Vorgang von FLEINER, gleichzeitig das Auftreten von Pigment in zwei verschiedenen Körperregionen, in den Lungenalveolen und den Bronchialdrüsen, studieren zu können. Allein dieses ist nur möglich, wenn man die Tiere nicht längere Zeit am Leben erhalten will. Denn um eine rasche Verschleppung des Blutes in den Bronchialdrüsen zu erlangen, mufs man entweder eine gröfsere Quantität in die Trachea eingiefsen, und dadurch wird sofort eine tötliche Schluckpneumonie herbeigeführt, oder gleichzeitig die Halsgefäfse durchschneiden. Da diese Methode der Aspiration aus obigem Grunde nicht möglich war, so konnte er die Umwandlung des Blutes in Pigment nur in den katarrhalisch afficierten (Folge des Experiments. D. V.) Lungenalveolen studieren. Während sich nun im ganzen der Befund auch hier mit dem Obigen, bei den Fröschen geschilderten deckt, so mag als wesentlich wichtig für die Hautanatomie noch erwähnt werden, dafs die Umwandlung des Hämoglobins in Pigment nicht nur in den Lymph- und epitheloiden Zellen vor sich ging, sondern zum Teil auch frei aufserhalb der Zellen. Ich hebe dies besonders darum hervor, weil von einer ganzen Reihe von Autoren, wie KARG, RIEHL, KÖLLIKER, die Pigmentbildung an die Bindegewebszellen verwiesen und eine freie Pigmentbildung für nicht erwiesen erachtet wird. Als ich im Jahre 1890 meine Pigmentarbeit schrieb,[27] war mir diese Arbeit von SCHMIDT entgangen, und ich freue mich heute konstatieren zu können, dafs auch er eine Pigmentbildung in den Lymphspalten des Gewebes ohne Mitwirkung von Zellen beobachtet hat. An vielen Präparaten, die ich damals durchmusterte, konnte ich freies Pigment ohne Zusammenhang mit den Zellen konstatieren. Recht oft sah ich auch Haufen von Pigment, die viel gröfser waren als irgendwelche Zellen des menschlichen Körpers, so dafs sie unmöglich an dieselben gebunden sein konnten. Auch hierfür giebt uns SCHMIDT durch seine Experimente am Kaninchen die Erklärung. Er sah nämlich eosingefärbte Kugeln, welche den doppelten Umfang normaler Blutkörperchen erreichten; sie mufsten also durch Zusammenfliefsen entstanden sein. Ferner sieht dieser Autor in der Trennung des

---

[27] l. c.

Hämoglobins vom Stroma den ersten Akt der Pigmentbildung. Auch gelang es ihm, in einem Blutkörperchen ein glänzendes Körperchen mit Berlinerblau zu färben, während ein anderes genau ebenso beschaffenes ungefärbt blieb. An anderen Präparaten sah er, wie sich ein Kügelchen allmählich aufblähte, Maulbeerform annahm und schliefslich in eine Reihe kleiner glänzender Kügelchen zersprang.

Diese am Tier auf experimentellem Wege gewonnenen Resultate versuchte SCHMIDT auch auf den Menschen zu übertragen. Er untersuchte zu diesem Zweck mehrere Melanosarkome und kam zu einem ähnlichen Resultat wie beim Kaninchen. Er prüfte die Schnitte aus den Sarkomen mittelst der Eisenreaktion. Hier zeigte sich ebensowenig eine Gesetzmäfsigkeit wie bei den Fröschen; nur fand er, dafs die jüngsten Pigmentablagerungen sich leichter blau färbten als die älteren, und dafs die ganz dunkeln (melaninartigen) Pigmente die Reaktion nicht gaben. Ebensowenig zeigte die normale, dunkel pigmentierte Haut, welche das Sarkom überzog, ohne von der Erkrankung ergriffen zu sein, die Eisenreaktion. Weiter hebt SCHMIDT hervor, dafs das auf Berlinerblau reagierende Pigment gewöhnlich in der Nähe der Gefäfse lag. Er hält sich daher, wie mir scheint mit vollem Recht, zu dem Schlufs berechtigt, dafs auch bei den gewöhnlichen Pigmentierungen und Pigmentkrankheiten der Haut das Pigment aus dem Blute stamme. Da er aber oft auf Eisen reagierendes Pigment aufserhalb der Zellen in den Gewebslücken und Lymphspalten fand, so hält er den Transport desselben nicht an die Thätigkeit der Zellen gebunden, sondern glaubt, dafs dasselbe auch durch den Lymphstrom transportiert werden kann.

Während SCHMIDT durch das Experiment die Entstehung sowohl des Melanins wie des Hämosiderins aus den roten Blutkörperchen erwiesen hat, kommt NEUMANN[28] durch die mikroskopische Untersuchung verschiedener normaler und pathologischer Gewebe zu fast demselben Resultat. Er experimentierte mit Ferrocyankaliumlösung an den Blutergüssen cystischer Ovarialtumoren, GRAAFscher Follikel, thrombosierter Gefäfse und apoplektischer Herde des Gehirns. Nebenbei sei hier bemerkt, dafs NEUMANN zuerst den Namen Hämosiderin für eisenhaltiges Pigment im Gegensatz zu Melanin, dem eisenfreien Pigment, vorgeschlagen hat. Zunächst stellte er im Gegensatz zu LANGHANS in Übereinstimmung mit der alten VIRCHOWschen Lehre und den späteren Resultaten von SCHMIDT fest, dafs die Bildung des Pigments nicht an Zellen gebunden ist, sondern dafs dieselbe auch frei im Gewebe aus dem diffundierten Blutfarbstoff erfolgen könne. Auch er stützt diese Behauptung in Übereinstimmung mit den meisten Autoren dadurch, dafs er Pigmentklumpen sah, welche

[28] Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Pigmente. *Virch. Arch.* 1888. Bd. 111. pag. 25.

die Gröſse der Zellen weit überschritten. In betreff der Bildung der verschiedenen Pigmentarten kommt er nun zu der Ansicht, daſs Hämosiderin nur dann entstehe (und zwar aus den Blutkörperchen und deren Farbstoff), wenn die letzteren mit dem angrenzenden normalen Gewebe in innigen Kontakt kommen oder gar in dasselbe eindringen, dagegen Hämatoidin aus denjenigen Teilen eines Blutergusses, welche central gelegen mit dem angrenzenden Gewebe in keinen Konnex treten. Er fand dementsprechend sowohl in Extravasaten wie in Thromben in einem gewissen Stadium der Pigmentbildung das Pigment in konzentrischen Zonen derartig angeordnet, daſs das mit dem normalen Gewebe in Berührung stehende Hämosiderin die Reaktion der Blaufärbung gab, während das in den peripheren Teilen des Thrombus selbst befindliche Hämatoidin unverändert blieb. Zwischen beiden fand sich eine Zone mit Pigment, welches zum Teil reagierte, zum Teil unverändert blieb. Es deckt sich also dieser Befund fast gänzlich mit den SCHMIDTschen Untersuchungen am Kaninchen.

Indem ich mich der Hoffnung hingebe, daſs wir in der Frage, ob das Pigment aus dem Blute oder metabolisch oder schlieſslich auf beide Weisen entsteht, durch andere und neue Methoden „mehr Licht“ erhalten werden, schlieſse ich diese Übersicht mit einem Ausspruche unseres Altmeisters und Lehrers, welcher, im Jahre 1847 geschrieben, nunmehr bald sein fünfzigstes Jubiläum feiert. Trotzdem besteht derselbe auch heute noch in allen seinen Teilen zu Recht. VIRCHOW sagt:[29]

„Das pathologische Pigment, das aus dem Hämatin stammt, kann also diffus, körnig und krystallinisch sein. Es kann diese drei Erscheinungsweisen innerhalb und auſserhalb der Blutgefäſse, innerhalb und auſserhalb von Zellen darstellen. Es kann gelb, rot oder schwarz sein oder irgend eine der Übergangsstufen zwischen diesen Farben ausdrücken. Das Hämatin kann vorher aus den Blutkörperchen ausgetreten sein und sich in andere Teile diffundiert haben, um durch eine spätere Differenzierung sich wieder in Körner und Krystalle zu sammeln. Es können aber auch die Blutkörperchen direkt zusammentreten, verschmelzen und ihr Hämatin vereinigen, auf daſs es sich durch denselben Akt der Differenzierung in Körner und Krystalle umwandelt.“

---

[29] *Virch. Arch.* 1847. Bd. I. No. 9. pag. 402.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 13. Februar 1894.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Mendel über: **Syphilis in höherem Lebensalter und das Nervensystem.** Die Syphilis wird vorzugsweise im jugendlichen Alter erworben. Unter dem höheren Lebensalter, in dem die Syphilis verhältnismäfsig selten nur primär auftritt, versteht Vortragender mit Sigmund beim männlichen Geschlecht das Alter jenseits des 55. Lebensjahres, bei dem weiblichen das jenseits des 45. Lebensjahres. Über den Prozentsatz dieser spät erworbenen Syphilis fehlen in der Litteratur jegliche statistischen Angaben. Die wenigen Autoren, welche überhaupt über diese spät erworbene Syphilis berichten, sind untereinander nicht in Übereinstimmung, ob resp. welche Sonderheiten derselben zukommen. Sigmund hat 118 Fälle (87 Männer und 31 Frauen) gesammelt und kommt zu dem Schlufs, dafs die in höherem Lebensalter erworbene Syphilis gegenüber jener jüngerer Jahre durch einfachere Formen und günstigen Ausgang charakterisiert wird. Im Gegensatz kommt eine These von Dulac auf Grund von 41 in der Litteratur veröffentlichten Fällen von Syphilis in höherem Lebensalter zu dem Satz, dafs das vorgerückte Alter die Syphilis in hohem Grade erschwert, die Manifestationen derselben ausgesprochener, zahlreicher und hartnäckiger macht, auch die chronologische Aufeinanderfolge bedeutend alteriert.

Auch Regoly hat bei der Greisensyphilis schweren Verlauf gesehen.

Noch weniger Angaben finden sich über die Beziehungen der spät erworbenen Syphilis zum Nervensystem. Nur bei Bumstead und Taylor findet sich eine Hinweisung darauf.

Vortragender hat selbst im ganzen vier Fälle von Syphilis beobachtet, welche zu der im späten Lebensalter erworbenen gerechnet werden können. Drei Fälle betreffen Männer; einer eine Frau. Es seien zunächst zwei Fälle kurz skizziert, welche Ehegatten betreffen. 1. Ein 60jähriger Mann, Vater von vier erwachsenen Kindern, zieht sich im März 1885 ein Ulcus specificum zu, das mit Quecksilberpillen behandelt wird. Während der Behandlung zeigt sich eine leichte Roseola und sechs Wochen, nachdem das Ulcus geheilt, also etwa drei Monate nach dem ersten Erscheinen des Geschwürs und nachdem 14 Tage lang Kopfschmerzen in mäfsigem Grade bestanden, treten ohne Verlust des Bewufstseins und ohne Erbrechen Aphasie, rechtsseitige Hemiparese und rechtsseitige Hemianopsie auf. Die Diagnose wurde mit Rücksicht auf die Anamnese auf Endarteriitis specifica arteriae fossae Sylvii sinistrae gestellt. Die inneren Organe, der Urin waren normal, das Gefäfssystem zeigt eine für das Alter des Patienten nur sehr geringe Atherose, keine Herzaffektion. Die Behandlung bestand in der Verabreichung grofser Gaben von Kalium jodatum, und unter dieser Behandlung gingen allmählich die Erscheinuugen mehr und mehr zurück, und nach einem Jahre waren Reste der überstandenen Krankheit nicht vorhanden. Patient hat seitdem keinen neuen Anfall gehabt, braucht aber in gewissen Intervallen grofse Dosen Jodkalium. Während die Behandlung noch andauerte, begann die 53 Jahre alte Ehefrau über Schmerzen im Halse zu klagen. Die Untersuchung zeigt Ulcerationen an den Fauces; am Sexualapparat war weder Geschwür noch Narbe zu sehen, doch gab Patientin an, dafs sie mehrere Wochen Absonderung aus der Vagina gehabt hätte. Die Inguinaldrüsen waren mäfsig geschwollen, wenig schmerzhaft, auf der Haut kein

Exanthem. Während der Jodkaliumbehandlung traten sehr heftige Kopfschmerzen, des Nachts exacerbierend, auf, Benommenheit und Gedächtnisschwäche traten ein. Die Untersuchung ergab auf dem Schädel, besonders auf den Parietalbeinen auf Druck ungemein schmerzhafte Anschwellungen, welche etwa die Ausdehnung eines 10-Pfennigstückes hatten. Die Pupillen waren hochgradig verengt, dabei auf Accommodation und Licht gut reagierend, der rechte untere Facialis war paretisch, beide Arme und beide Beine waren in ihrer motorischen Kraft erheblich geschwächt bei normaler Sensibilität und unveränderten Haut-, Sehnen- und visceralen Reflexen. Es wurde eine Pachymeningitis specifica diagnosticiert; neben dem Gebrauch von Jodkalium wurde Unguentum cinereum einmal täglich 2 g eingerieben. Der Verlauf war hier ein günstiger, nach dreimonatlicher Behandlung schwanden die Symptome, doch sind seit jener Zeit wiederholt heftige Kopfschmerzen aufgetreten, welche die Darreichung von Jodkalium und zwar immer mit günstigem Erfolge notwendig machten. Die beschriebenen Fälle zeichnen sich dadurch aus, daſs sehr schnell nach dem Primäraffekt tertiäre Erscheinungen auftraten. Dies ist aber nicht eine besondere Eigentümlichkeit der Syphilis in höherem Lebensalter. Die verschiedensten Autoren: Engelsted, Braus, Gjör, Fournier u. a., berichten über Fälle von Hirnsyphilis, welche wenige Wochen oder Monate nach dem Primäraffekt auftraten. Vortragender sah selbst einen Studenten, welcher, 19 Jahre alt, zwei Monate nach dem Primäraffekt eine Hemiplegie infolge syphilitischer Arterienerkrankung erlitt. Ob aber diese Hirnsyphilis im höheren Alter besonders häufig und schnell nach dem Primäraffekt auftritt, darüber reichen seine Erfahrungen in Anbetracht des geringen Materials nicht aus. Bei der Durchsicht der einschlägigen Litteratur werden verhältnismäſsig viel Fälle erwähnt, in denen im höheren Lebensalter schnell dem primären Affekt Gehirnsyphilis folgt. Herxheimer (*Über Lues cerebri,* Dissertat.) berichtet: Ein 46 jähriger Schneider, Eintritt der Hirnsymptome nach drei Monaten; Pick (*Über cerebrospinale Syphilis*): Mann von 58 Jahren, wenige Monate nach dem Primäraffekt cerebrospinale Syphilis. Dagegen reiht sich an die Betrachtung des ersten Falles eine Frage von eminent praktischer Bedeutung. Es ist ja bekannt, daſs ganz dieselben Erscheinungen, wie sie der Mann bot, Aphasie, Hemianopsie, Hemiparesis eine sehr gewöhnliche Erkrankung im höheren Lebensalter darstellen, bedingt durch Thrombose infolge von Atherose der Hirnarterien. Liegt nun der Primäraffekt etwas weiter zurück, wird dies sorgfältig verheimlicht, dann wird die syphilitische Endarteritis für Atherose gehalten, und damit ist dem Patienten ein schwerer Schaden durch Unterlassung einer entsprechenden Therapie gestiftet. In dieser Beziehung ist ein Fall von Gowers sehr lehrreich: Derselbe berichtet von einer 42 jährigen Frau, bei der anscheinend eine Hirnblutung mit sehr schwerer Prognose eingetreten und für die als Ursache Atherom angenommen werden konnte. Reste einer syphilitischen Chorioiditis und die Geburt eines toten Kindes führten zu einer antisyphilitischen Therapie mit völliger Heilung.

Macht ein apoplektischer Insult im jugendlichen Alter bei Abwesenheit von Herz- und Nierenleiden die Syphilis als Ursache in hohem Grade wahrscheinlich, so soll die Apoplexie in höherem Lebensalter, wenn sie auch häufig durch nicht spezifische Arterienerkrankung bedingt wird, doch nicht vor der sorgfältigen Prüfung schützen, ob Syphilis vorhanden ist.

Von den drei anderen Fällen eigener Beobachtung betrifft der eine einen 59jährigen Mann. Primäraffekt im 55. Lebensjahre, nach vier Jahren Schwindelanfall mit nachfolgenden Lähmungserscheinungen: Parese des rechten Abducens, rechten Facialis, linksseitige Hemianästhesie. Hier handelt es sich um eine spezifische Endarteritis in einem Aste der Arteria basilaris; doch sind die Erscheinungen nach der spezifischen Behandlung nur teilweise geschwunden.

Der vierte Fall betrifft einen 55jährigen Mann, welcher einen apoplektischen Insult mit Bewuſstlosigkeit erlitten hatte, dem eine linksseitige Hemiplegie folgte. Vortragender sah ihn drei Wochen nach dem Insult. Er führte seinen Schlaganfall auf nicht blutende Hämorrhoiden zurück. Die Aspektion des Anus ergab breite Kondylome, ein halbes Jahr früher hatte Patient ein Ulcus penis, das mit inneren Mitteln behandelt wurde. Einige Zeit darnach entstand ein Ausschlag, welcher ohne ärztliche Behandlung schwand. Es traten aber dann Kopfschmerzen ein, welche bis zum Schlaganfall andauerten, jetzt aber verschwunden waren. Im übrigen zeigte das Gefäſssystem keine prämaturen Veränderungen. Immerhin bringt der zeitliche Verlauf, wie die anhaltenden Kopfschmerzen, welche in der Regel nichtspezifischen apoplektischen Insulten nicht vorauszugehen pflegen, eine gewisse Wahrscheinlichkeit für den Zusammenhang zwischen Lues und apoplektischen Insulten.

Diese Erfahrungen würden ja zur Stütze derjenigen Meinungen dienen können, daſs die im späten Alter erworbene Syphilis mit einer gewissen Vorliebe das Zentralnervensystem und zwar in ziemlich raschem Verlauf ergreift.

Zur Diskussion bemerkt Herr Born: Die Fälle von frischer Lues im Alter von über sechzig Jahren sind, wie bemerkt, recht selten. Das Krankenjournal der Poliklinik des Herrn Lassar weist in den letzten zehn Jahren nur elf Fälle auf. Dieser Bruchteil eines Prozentes im Verhältnis zu den übrigen zur Beobachtung gelangten Fällen von Syphilis verhält sich seinerseits zu den extragenitalen Sklerosen, über deren wenig häufiges Vorkommen kürzlich Herr Peter berichtete, ungefähr wie 1 : 25. Unter den elf Fällen befanden sich auſserdem selbst zwei extragenitale Sklerosen, einmal ad os, das andre Mal ad nates, beide wahrscheinlich nicht auf dem Wege sexuellen Verkehrs erworben. Das Alter der Patienten bewegt sich zwischen dem 61. und 74. Lebensjahr; dem Geschlecht nach waren drei weiblich, 8 männlich. Die Hautaffektionen zeigten sich zweimal als Rupia, zweimal als Roseola, einmal als papulo-squamöses, sechsmal als papulöses Syphilid. Erscheinungen vonseiten des Nervensystems wurden nicht beobachtet, ebenso wie auch über den leichteren oder schwereren Verlauf der Krankheit oder im Laufe der Beobachtung hinzugetretene Nervensymptome nichts berichtet werden kann.

Herr Lewin: Unter den vielen Tausenden von Patienten in der Charité sind sehr wenige, die in höherem Lebensalter Syphilis aquiriert haben und bei denen das Zentralnervensystem in Mitleidenschaft gezogen ist; sie gehen meistens zu den Nervenärzten. Vor drei Jahren habe er 600 Fälle zusammengestellt von maligner Syphilis, darunter zehn Nervenkranke, unter diesen fünf über 40 Jahre, die gröſste Zahl der Kranken war überhaupt nie behandelt, besonders Frauen. Die antisyphilitisch behandelten hatten die verschiedensten Kuren durchgemacht. Ein Autor spricht von gutartigem, ein anderer von malignem Verlauf; man kann daraus keine Schlüsse ziehen. Es frägt sich, ob in diesen Fällen von Hirnsyphilis Komplikationen vorhanden waren. Die Anamnese ist nicht immer hinreichend in dieser Hinsicht.

Ein Fall ist von Wichtigkeit bei einem 37jährigen Manne, welcher, antisyphilitisch behandelt, plötzlich hinfiel, eine Parese der rechten Seite erhielt. Nach Quecksilberbehandlung leidet der Ernährungszustand, es treten Schwindel etc. auf; auch dies ist in Betracht zu ziehen.

Rosenthal: In letzter Zeit habe er mehrere ältere Leute mit Syphilis behandelt, es ist ihm aber nicht besonders aufgefallen, daſs gerade das Nervensystem in besonderem Maſsstabe ergriffen worden ist. Man muſs auch in dieser Beziehung mit einer gewissen Vorsicht Schlüsse ziehen. Nach Hutchinson neigt das jugendliche Alter bei vorhandener Syphilis viel eher zu Affektionen des Zentralnervensystems.

Die Behauptung, ob Syphilis maligna häufig bei nicht behandelten Personen

vorkommt, ist auch noch nicht so ganz erwiesen. Man sieht kachektische Menschen, wo die Syphilis ohne Behandlung nicht maligne wird im Gegensatz zu anderen kräftigen und richtig behandelten Menschen, bei denen trotzdem die Syphilis maligne wird. Es ist hier noch ein unbekanntes Etwas vorhanden.

Herr Renvers: Nach seinem Eindruck verläuft die Syphilis nach dem körperlichen Befinden mehr oder weniger maligne. Je mehr das Gefäſssystem dabei erkrankt ist, um so ungünstiger verläuft die Syphilis bezüglich des Zentralnervensystems. Er erwähnt einen Fall bei einem 53jährigen Mann, der nicht an der frischen Syphilis behandelt war; er bekam plötzlich eine Hemiplegie (papulöses Syphilid war vorhanden), er starb; die Sektion ergab eine ausgedehnte Arteriosklerose der Hirnarterien. Die schon vorhandene Arteriosklerose wird wesentlich beeinfluſst durch die Syphilis.

Herr Isaac erwähnt einen Fall bei einem 64jährigen Manne, den er vier Jahre beobachtet hat. Er hatte eine Sklerose mit allen Konsekutiverscheinungen, er machte von Zeit zu Zeit eine Schmier- resp. Inunktionskur durch. Anfang vorigen Jahres stellten sich heftige Kopfschmerzen ein, es fanden sich periosteale Verdickungen, er nahm Jodkalium, es ging ihm dann wieder leidlich, bis er vor zwei Monaten mit einer Facialis- und Abducensparese wiederkam, Oculomotorius war auch gelähmt, wahrscheinlich auch der Hypoglossus, auf der entgegengesetzten Seite waren Anästhesien vorhanden. Er wurde dann einer Inunktionskur unterworfen, es trat Besserung ein; die Facialisparese besteht noch, ebenso die Oculomotoriuslähmung.

Herr Blaschko, Herr Lassar und Herr Lewin sprechen noch weiter zur Diskussion. Herr Lewin erwähnt noch folgenden Fall: eine Frau nimmt das Kind einer anderen Familie an, sie inficiert sich, ihr eignes Kind und ihren Mann. Das hereditär syphilitische Kind stirbt, ihr eignes Kind und sie selbst werden behandelt, der Mann stirbt an Hirnsyphilis, das eigne Kind heiratet im Alter von 16 Jahren, bekommt ein Kind, dasselbe stirbt, es zeigt gummöse Prozesse, der Mann stirbt auch bald.

Herr Mendel (Schluſswort): Das Non liquet ist durch die Diskussion nicht erhellt worden. Er steht selbst auf dem Standpunkt von Herrn Renvers, daſs die Syphilis die Atherose verstärkt, ebenso die antisyphilitische Behandlung, aber das sind die tötlich verlaufenen Fälle. Die mitgeteilten Fälle unterscheiden sich dadurch, daſs sie durch die Behandlung wesentlich geheilt worden sind. Die beiden ersten blicken auf eine ganze Anzahl von Jahren zurück. Die Frage wird um so schwerer zu entscheiden sein, weil die Sektion fehlt, weil die Fälle zum Teil geheilt, zum Teil besser werden.

Herr Renvers **über Syphilis und Gelenkkrankheiten.** Die Frage über den Zusammenhang beider ist bald bejahend, bald verneinend ausgesprochen worden. Die Lehre von den syphilitischen Gelenkaffektionen ist noch nicht Allgemeingut geworden. Das liegt daran, daſs es seltene Affektionen sind, ferner sind spezifische Merkmale an den Gelenken nicht vorhanden, drittens liegt es an der Verteilung des Materials. Die Syphilidologen sind selten in der Lage, sie zu sehen, weil sie entweder zu spät oder zu früh in ihre Behandlung kommen; hauptsächlich sind es innere Mediziner und Chirurgen, namentlich liefern letztere viel kasuistisches Material. Nach Mitteilung der einschlägigen Literatur kommt Vortragender zu seinen eignen Erfahrungen; er unterscheidet zwei Formen von syphilitischen Gelenkerkrankungen; erstens solche in der ersten Inkubationszeit, zweitens solche im sekundären und tertiären Stadium. Bei den ersteren handelt es sich nach seiner Meinung um Pseudo-Gelenkerkrankungen. In den letzten Monaten habe er zwei Fälle beobachtet: anämische, kachektische junge Mädchen, auffällig blaſs, mit heftigen Schmerzen am Oberarmgelenk, bei der einen auch im Kniegelenk. Die Schmerzen waren so hochgradig, daſs sie Tag und Nacht nicht schlafen konnten. Die Untersuchung ergab, daſs die Gelenke nicht erkrankt

waren; doch war die Umgebung schmerzhaft auf Druck, die Schmerzen nahmen gegen Nacht zu, im Laufe des Tages verschwanden sie. Sie wurden vergeblich mit Natrium salicylicum, Ichthyol etc. behandelt. Im Laufe der Beobachtung kam die Syphilis zum Ausbruch. Es wurde eine antisyphilitische Kur eingeleitet, es trat Heilung ein. Es handelt sich also hier um pseudo-syphilitische Gelenkaffektionen. Charakteristisch sind die frühzeitige Kachexie, Ausfallen der Haare, heftige Schmerzen, namentlich in der Nacht, wie sie bei anderen Gelenkerkrankungen noch nicht gefunden worden sind. Im Gegensatz zu diesen Pseudoaffektionen steht eine Klasse, welche dem sekundären Stadium der Syphilis angehört. Diese verlaufen unter dem Bilde des akuten Gelenkrheumatismus. Folgender Fall ist in dieser Beziehung von Wichtigkeit: Eine junge Frau von 22 Jahren, welche in der Ehe inficiert wurde; die frische Syphilis wurde nicht bemerkt und nicht behandelt, Anämie und Kachexie traten ein, beim Ausbleiben der Regel wird sie von einem Gynäkologen untersucht, welcher Syphilis konstatiert. Es wird eine Schmierkur eingeleitet mit geringen Dosen, 15 mal 2 g. unguentum cinereum, dann waren die Beschwerden etwas gehoben; sie wurde dann schwanger, gebar normales Kind. Von hier ab beginnt die Katastrophe; sie erholt sich nicht vom Puerperium, sie wird in die Bäder geschickt. Hier erkrankt sie unter stark remittierendem Fieber mit Schmerzen am Schulter-, Knie- und Fuſsgelenk. Angenommen wird akuter Gelenkrheumatismus. Die Kachexie nimmt aber immer mehr zu, sie wird immer elender. Als sie in des Vortragenden Behandlung kam, glaubte er selbst zuerst an eine chronische Gelenkerkrankung im Anschluſs an akuten Gelenkrheumatismus. Er fand jedoch auf der Haut einige Narben, ein frisches papulöses Syphilid; es war eine Schwellung sämtlicher Gelenke vorhanden; sie behauptete, daſs sie jede Nacht an heftigen Schmerzen litt; es wurde eine stündliche Temperaturmessung vorgenommen, und es zeigte sich dann zwischen 3—4 Uhr nachts eine Temperatur von 39°, die dann abnahm. Unter einer regelrecht eingetretenen antisyphilitischen Kur gingen die Gelenkerkrankungen und die Kachexie zurück. — Er hat noch zwei ähnliche schwere Fälle in Behandlung, die nicht rechtzeitig behandelt wurden. An den Gelenken selbst ist nichts Charakteristisches zu finden. Es ist meist Syphilis vorangegangen, die schlecht behandelt worden ist. Diese Form der Gelenkerkrankung macht niemals Herzbeschwerden und wird nicht durch Salicyl beeinfluſst. Letzteres ist von diagnostischer Wichtigkeit. Er habe bis jetzt noch nie einen akuten Gelenkrheumatismus gesehen, der bei der richtigen Anwendung nicht auf Salicyl reagierte. Man muſs Salicyl bis zur Intoxikation geben, dann tritt stets ein Nachlaſs der Erscheinungen ein. Eine zweite Form, welche dem tertiären Stadium entspricht, verläuft unter dem Bilde des chronischen Gelenkrheumatismus; der Patient zeigt multiple Gelenkerkrankungen mit Schwellung der Gelenke; die Erkrankung sitzt in den Knorpeln, zuerst von Virchow 1872 als Chondritis syphilitica beschrieben. Meistens beginnt sie an einem Gelenk, welches ein Trauma erlitten; Salicyl und alle antirheumatischen Mittel nützen nichts, allmählich tritt eine Verödung des Gelenks ein, wie es auch die Sektion eines als chronischer Gelenkrheumatismus behandelten Falles zeigte; die Knorpel zeigten eine Chondritis syphilitica, sie waren von zahlreichen bindegewebigen Narben durchsetzt, an einzelnen Stellen Verwachsung mit den Gelenkbändern, es kann daraus eine partielle Ankylose resultieren. Im Gegensatz hierzu sind solche Fälle häufiger, welche tertiäre Veränderungen an den Knochen zeigen und syphilitische Veränderungen in der Nähe der Gelenke, Gummiknoten in Gelenkkapseln etc. Bei jungen Individuen entsteht gewöhnlich Hydrarthros, bei älteren Leuten bei malignen Infektionen etc. tritt Caries der Gelenke ein. Diese letztere Form tritt fast immer monoartikulär auf. Endlich ist noch eine Form zu erwähnen, ausgehend von den Gelenkbändern, schon von den Alten beobachtet; namentlich ist die

Patellarsehne befallen, es zeigen sich Gummiknoten, Entzündung der Serosa etc. Viele Fälle von Achillodynie beruhen auf dieser Form von Syphilis. Ein Fall ist hierfür prägnant: Eine 25jährige Frau mit hochgradiger Achillodynie lag monatelang im Gypsverband, bei näherer Untersuchung war eine deutliche Knotenbildung in der Sehne zu fühlen; ein Gummiknoten war auch am Cranium vorhanden. Eine energische Kur mit Jodkalium und Quecksilber führte zur Heilung. Eine besondere Form sind noch die hereditären Gelenkerkrankungen; darüber habe er keine Erfahrung. Aus diesen Erörterungen gehe hervor, dafs den syphilitischen Gelenkerkrankungen eine grofse praktische Bedeutung zukommt.

Herr Isaac stellt noch einen Patienten vor, der nach den verschiedensten Kuren mit folgenden Erscheinungen zu ihm kam: 1) ein kleinpapulöses Syphilid, 2) eine heftig auftretende Polyadenitis. 3) eine recidivierende syphilitische Iritis. Er wurde einer Schmierkur unterzogen mit 30—40 Einreibungen. Nach längerer Zeit zeigte er folgende Symptome: 1) Rupia an Hals und Rücken, 2) der rechte Hoden in einen grofsen mächtigen Knoten verwandelt, der linke Hoden zeigte einige deutliche harte Knoten. Die beiden Nebenhoden sind frei. Der Patient bekam in der Klinik sehr heftige Gelenkschmerzen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. März 1894.

Vorsitzender: E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Brocq: **Antipyrinexanthem.**

Das Antipyrin kann Veranlassung zu einem Hautausschlage geben, der sich durch folgende Eigenschaften kennzeichnet: Er besteht aus einzelnen, rundlichen, oder richtiger eiförmigen Herden, die zuweilen eine beträchtliche Ausdehnung — bis zu 8 cm in ihrer Längsachse — erreichen können; sie sind voneinander getrennt und sitzen ganz unsymmetrisch hier und da über den Körper zerstreut; doch sind ihrer meistens nur wenige vorhanden. Diese Stellen sind anfangs rot und verursachen nur ein Gefühl von Spannung oder von Brennen, selten von Jucken; später werden sie ganz schmerzlos, die Röte verschwindet allmählich und es bleibt eine bald mehr, bald weniger dunkelbraune Verfärbung nach, die nach wiederholten Anfällen immer dunkler und fast schwarz wird. Zuweilen bilden sich an den Stellen Phlyktänen, fast immer besteht nach Verschwinden der erythematösen Färbung lamellöse Abschuppung.

Ihre Ränder sind leidlich scharf; bisweilen besteht daneben deutliche Schwellung der Haut, die verdickt erscheint, aber vollkommen verschiebbar bleibt. Je längere Zeit seit dem Beginn der Dermatose verflossen ist, desto mehr Neigung zeigt die Verfärbung, abzublassen und an den kleineren Herden verschwindet sie sogar ziemlich rasch innerhalb 2—3 Wochen, zumal wenn der Patient kein Antipyrin mehr nimmt. An den grofsen Stellen bleibt sie länger bestehen und wenn der Patient unglücklicherweise wieder zum Antipyrin greift, so entwickelt sich an den alten Plaques ein frischer erythematös-kongestiver Anfall; sie erlangen wieder ihr lebhaftes Aussehen und die Verfärbung scheint zuzunehmen. Es handelt sich hier also im ganzen um einen Ausschlag, dem ein Beschränktbleiben auf bestimmte Stellen, eine Pigmentation und eine Starrheit (Fixeté) zu eigen sind.

Louis Wickham: **Sekundäre Dermatitis exfoliativa.**

L. Wickham stellt einen Kranken mit einem roten Ausschlage über den ganzen Körper vor. Wahrscheinlich handelt es sich hier um einen Fall von sekundärer Dermatitis exfoliativa mit Kachexie, die sich durch Purpura, durch Odem der unteren

Extremitäten und durch oberflächliche brandige Schorfe im Gesicht und auf der Mundschleimhaut äufsert.

Die Diagnose ist ungewifs wegen des eigentümllichen Aussehens des Ausschlages, der nicht in allen Punkten der sekundären Dermatitis exfoliativa gleicht, denn die Färbung ist violetter, die Desquamation feiner und sparsamer. W. meint, dafs diese Veränderungen durch das Auftreten einer Purpura generalisata bedingt seien; übrigens ist er erst nach Ausschliefsung aller anderen Möglichkeiten und nach genauer Ermittelung der Anamnese zur Annahme einer sekundären Dermatitis exfoliativa gekommen. Wirklich giebt der Kranke an, schon von 1877—1884 an einem ähnlichen Ausschlage gelitten zu haben; auch hätte das Leiden damals mit kleinen, erythemato-vesikulösen, stark juckenden Herden begonnen, hätte nur ganz allmählich zugenommen und sei während sechs Jahre unverändert geblieben, bis dann plötzlich eine Erythrodermia exfoliativa hinzugekommen sei, die dem jetzigen Zustande in allen Punkten gliche. Dann habe sechs Jahre lang völlige Gesundheit bestanden. 1890 sei dann wieder ein neuer ekzematiformer Ausschlag erschienen und die ganze Reihe von Erscheinungen hätte sich wieder gezeigt. Diese wiederholten ekzematösen Anfälle ermöglichen es, eine Anzahl von Diagnosen auszuschliefsen, an die man sonst wohl denken könnte, nämlich: die Pityriasis rubra gravis — Hebra; die Erythrodermia exfoliativa primaria chronica; den Pemphigus foliaceus; die medikamentösen Ausschläge.

H. Hallopeau und L. Brodier: **Über einen weiteren Fall von Morphoea.**

Die Verfasser kommen zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Plaques der Morphoea können sich entwickeln, ohne dafs die Haut eine nennenswerte Verhärtung aufweist.
2. Die erythematösen und pigmentierten Flecken können im Verhältnis zu den farblosen Plaques sehr ausgedehnt sein.
3. Die Morphoea-Plaques können ein heftiges und hartnäckiges Jucken verursachen.
4. Die sie umgebende Verfärbung vermag eine Vitiligo vorzutäuschen; beim Fehlen einer Verhärtung ist eine verkehrte Diagnose alsdann nicht ausgeschlossen.
5. Wenn aber neben den verhärteten Plaques auch jener deutliche Lilaring um einzelne farblose Stellen vorkommt, so ist ein solcher Irrtum nicht mehr möglich.
6. Diese nämlichen Symptome im Verein mit der fast völligen Anästhesie verhindern auch eine Verwechselung mit der Lepra.
7. Die Bildung pigmentierter Herde scheint erst eine Folge der andauernden Hyperämie zu sein.

Mehrfache weiche Schanker. Weicher Schanker des Fingers in Form eines Panaritiums.

Gaston stellt einen Kranken vor, der ihn wegen eines Panaritiums an der Vorderfläche des rechten Zeigefingers aufgesucht hatte. Das Geschwür war 1 Frankstück grofs, rund, mit aufgeworfenen, unterminierten, nicht verhärteten Rändern. Der Grund war mit Eiter bedeckt und bestand aus blutenden Granulationen, die bei der geringsten Berührung heftig schmerzten. Das Geschwür hatte sich aus einer Schnittwunde entwickelt. Die Drüsen am rechten Ellenbogen und in der rechten Achselhöhle waren geschwollen.

Fournier diagnosticierte einen weichen Schanker des Fingers. Bei der Untersuchung des Kranken fanden sich auch wirklich in dem Sulcus balano-praeputialis und an der Wurzel des linken Schenkels ähnliche Geschwüre. Das Genitalgeschwür war zuerst entstanden. Die Impfung mit dem Eiter vom Penis und vom Finger war erfolgreich und bestätigte die Diagnose des weichen Schankers.

MENDEL: **Syphilis hereditaria der Nasengruben.**

Es handelt sich um ein 15jähriges Mädchen, das seit acht Jahren an Rhinitis syphilitica hereditaria leidet. Dieses Leiden hat jetzt einen ganz bedenklichen Grad erreicht: es hat die Nasenhöhlen völlig ausgeräumt, so dafs sie nur noch eine stinkende Höhle bilden. Unterhalb der Nasenbeine liegt eine tiefe Einsenkung, die durch narbige Schrumpfung der knorpeligen Teile entstanden ist.

Die Nasenspitze ist nach oben gezerrt, und die Nasenlöcher schauen direkt nach vorn. Beim vorsichtigen Einführen des Nasenspiegels kann man sich überzeugen, dafs die Nasenscheidewand völlig geschwunden ist und das Naseninnere nur noch eine grofse Höhle bildet, die mit stinkenden, gelblichen Krusten von Schleim und Eiter ausgekleidet ist.

Der Prozefs hat sich auch schon durch ein langes Geschwür im Boden der Nasengrube einen Weg nach der Mundhöhle gebahnt.

Trotzdem die kleine Patientin schon seit einem Jahre behandelt wird, scheint die Zerstörung doch noch nicht zum Stillstand gekommen zu sein, da sich noch immer kleine Knochenstücke ablösen.

MENDEL: **Vielfache Naevi im Mund und auf der Zunge.**

MENDEL stellt einen 58jährigen Menschen vor, der auf der Innenfläche, der linken Wange und auf der linken Hälfte der Zunge eine beträchtliche Anzahl erektiler venöser Geschwülste trägt.

Der Beginn dieses Leidens läfst sich auch nicht annähernd mehr feststellen, da Patient niemals Beschwerden davon hatte.

Die meisten Geschwülste sitzen im linken Teile der Mundhöhle, rechts fallen nur einige bläuliche Varikositäten auf. An der linken Kommissur dagegen, sowie auf der Innenfläche der linken Wange und auf der Zunge sitzen gegen ein Dutzend Geschwülste von Erbsen- bis Nufsgröfse; dieselben sind bläulich, elastisch und ziemlich weich. Diese Knötchen pulsieren nicht. Ihre physikalischen Eigenschaften und das Vorhandensein deutlicher Varikositäten in der rechten Seite der Mundhöhle weisen ihnen ihren Platz in der Gruppe von Neubildungen an, die MAISONNEUVE mit der Bezeichnung von erektilen, venösen Geschwülsten belegt hat.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

---

227. Versammlung der New Yorker dermatologischen Gesellschaft.

Vorsitzender: Dr. ALLEN.

Dr. CUTLER stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Die Patientin ist verheiratet, hat Kinder, macht keinerlei Angaben, die auf Syphilis schliefsen lassen. Sie zeigt am Naseneingange einen Tumor von dunkelroter Farbe, mäfsig fester Konsistenz; ein zweiter Tumor befindet sich über dem linken Auge. Beide Tumoren verursachen trotz des augenscheinlichen Inflammationszustandes weder Jucken noch Schmerzen.

Die Mehrzahl der an der Diskussion sich beteiligenden Herren halten den Fall für tertiäre Syphilis.

Dr. FOX präsentiert einen **Fall von Blaseneruption zur Diagnose.** Der 14jährige Knabe ist klein für sein Alter, sieht krankhaft aus. Einen ähnlichen Ausschlag, wie den jetzigen, hatte er von seinem 5. bis 7. Lebensjahre. Der gegenwärtige begann vor drei Monaten mit allmählich gröfser werdenden Bläschen. Einige der erbsengrofsen Blasen enthalten klares Serum, andere mehr trüben Inhalt und dritte eiterige Flüssigkeit. Die Blasen zeigen die Tendenz zu konfluieren, schrumpfen zusammen, sobald der Inhalt entleert ist, und hinterlassen Scheiben und unregelmäfsig gezackte Stellen von hellroter, geschwollener oder schwach schuppender Haut. Die der Blasendecke entblöfsten Stellen verursachen beträchtlichen Schmerz.

Handteller und Fufssohlen sind frei von der Affektion, mehr oder weniger auch der Stamm. Ein ähnlicher Fall ist in der Familie nicht vorgekommen.

Diskussion.

Dr. SHERWELL hält den Fall für eine Dermatitis herpetiformis.

Dr. ELLIOT ist nicht derselben Ansicht. Er möchte von Dr. FOX gern den Unterschied zwischen Hydroa und anderen ähnlichen Affektionen hören.

Dr. CUTLER glaubt, dafs es sich um einen Fall von Impetigo contagiosa handelt.

Dr. FOX hat in dieser Richtung Inokulationen vorgenommen, die jedoch wirkungslos gewesen sind.

Dr. LUSTGARTEN meint, dafs es eine der chronischen Urticaria nahestehende Affektion sein könnte. Ein Pemphigus acutus wäre es nicht, und ein typischer chronischer Pemphigus sei es wohl auch nicht, da letzterer meistens unheilbar sei.

Dr. PIFFARD widerspricht dieser Ansicht, da er einige Fälle von genuinem, chronischem Pemphigus gesehen habe, die mit Arsenik sehr günstig verlaufen sind.

Auch Dr. KLOTZ glaubt, dafs der Pemphigus namentlich bei Kindern nicht unheilbar sei.

Bezüglich der Diagnose des vorliegenden Falles wird eine Einigung unter den Diskutierenden nicht erzielt.

(Nach *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1894. No. 1.) *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1894. Heft 1.

I. **Die Prurigo simplex und ihre Nebenformen,** von L. BROCQ. Ein Referat dieser Arbeit findet sich bereits im Originalbericht von LOUIS WICKHAM über die Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Sitzung vom 18. Januar 1894. (Vgl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVIII. S. 240.)

II. **Drei Punkte zur Geschichte des Trichophyton,** von R. SABOURAUD. Ein Referat dieser Arbeit, in der S. selber mit wohlthuender Selbstverleugnung die Priorität seiner mühevollen Entdeckungen einem bislang unbekannt gebliebenen Autor zuschiebt, findet sich bereits im Originalbericht von LOUIS WICKHAM über die Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Sitzung vom 18. Januar 1894. (Vgl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVIII. S. 241.)

III. **Über Mundgeschwüre tabetischen Ursprungs,** von LOUIS WICKHAM. Ein Referat dieser Arbeit findet sich bereits im Originalbericht von LOUIS WICKHAM über die Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Sitzung vom 18. Januar 1894. (Vgl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XVIII. S. 239.)

IV. **Nachtrag zur Abhandlung über die Natur der Xanthome,** von L. TÖRÖK. Im Novemberheft des Jahrganges 1893 der *Annales* (S. 1109—1161) hatte TÖRÖK eine längere Abhandlung über die Natur der Xanthome veröffentlicht. Über eine Patientin, die daselbst auf S. 1120 in der Tabelle unter A 2 erwähnt wird, berichtet er jetzt weiter.

Bei derselben, bei der seit drei Jahren nur ein Xanthom der Augenlider bestand, haben sich in der letzten Zeit an den verschiedensten Körperteilen und unter den heftigsten Schmerzen neue Xanthomknoten entwickelt, während das übrige Verhalten

sich nicht wesentlich geändert hat. Befallen sind jetzt die Ohren, die Schultern, der Rücken, die Arme und die Hände. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

Februarheft 1894.

I. Legueu: **Äufsere Freimachung des Dammabschnittes der Harnröhre.** Verfasser weist auf den Nutzen hin, welchen ein operatives Vorgehen, ähnlich wie bei der Urethrotomia externa, haben kann, wobei man jedoch die Harnröhre selbst nicht einschneidet. Im einzelnen möge aus der Arbeit folgendes hervorgehoben werden: So oft der untere Abschnitt des Dammes von einer Urininfiltration befallen wird oder sich ein Abscefs bildet, erfährt der betreffende Teil des Harnröhrenkanals einen mehr oder weniger beträchtlichen Druck. Mag die Harnverhaltung vollständig sein, die Schwierigkeit und der Schmerz beim Urinlassen beträchtlich — als einziges Mittel empfiehlt Verfasser eine recht breite Incision, welche durch den erkrankten Herd dringt und in seiner ganzen Ausdehnung dem Inhalte Raum schafft. Der Harnröhrenkanal selbst wird nicht incidiert, und man führt hier keine Sonde ein; man rührt ihn nicht an, bis die Wandungen des Krankheitsherdes granuliert haben, was trotz der beständigen Berührung von seiten eines bakterienhaltigen Urins schnell und in ergiebigem Mafse erfolgt. Unterdessen weicht die Harnverhaltung, vermindern sich die Urinbeschwerden, schwindet Schmerz und Fieber. Wohl dringt ein Teil des Urins durch die Wunde, aber der wieder durchgängig gewordene Kanal giebt ihm ebenso leicht einen Ausweg. Dadurch allein schon, dafs man den Druck auf den Harnröhrenkanal aufhebt, gewinnt er zum Teil seine Funktionen wieder. Diese „libération externe“ ist aber auch in schwierigeren Fällen, als den erwähnten, von Wert. Wenn nämlich im Gefolge von komplicierten Strikturen Dammfisteln oder Damm-Hodensackfisteln entstanden sind, so üben die dann sich bildenden harten und umfangreichen Bindegewebsschichten einen förmlich einschnürenden Druck auf das Lumen der Harnröhre aus; hier schien stets die Urethrotomia externa angezeigt. Nach des Verfassers Ansicht genügt aber auch hier völlige Durchtrennung der neugebildeten Bindegewebsmassen bis zur Wand der Harnröhre, um diesen Partien ihre Dichtigkeit und Elasticität wiederzugewinnen. In gewissen Strikturfällen hat sich Verfasser mit dieser Operation allein begnügt, in anderen die Urethrotomia interna hinzugefügt; stets hat er davon Nutzen gesehen. Die Urethrotomia externa kann natürlich nicht entbehrt werden, besonders in Fällen, wo die das Hindernis abgebende Verengerung nicht eine ringförmige, sondern eine lange, cylindrische darstellt. Im übrigen wird natürlich bei komplicierten Folgen einer Striktur nach sonst üblichen chirurgischen Methoden verfahren: Fisteln sind zu spalten, doch genügt bei weitem Verlaufe eine teilweise Aufschlitzung; es kann hinreichen, so weit zu spalten, bis man auf den hauptsächlichsten Eiterherd gelangt. Auskratzungen, die Glühhitze dienen nach Umständen zur Unterstützung der Incisionen.

II. **Über das operative Vorgehen bei der durch Steine bedingten Anurie.** Prof. Demons und Dr. Pousson schildern drei von ihnen mit Nephrotomie behandelte Fälle. Die von ihnen hierbei angewandte und als zweckmäfsigst erkannte Methode besteht darin, die Niere selbst längs ihrem konvexen Rande bis zum Nierenbecken aufzuschlitzen, und zwar selbst dann, wenn die in den Ureteren liegenden Hindernisse (Steine) bezüglich ihres Sitzes genau bekannt sind. Sie stellen nach genauer Schilderung ihrer Fälle folgende Schlufssätze auf:

Die Anuria calculosa soll event. chirurgisch beseitigt werden. Bei einer Gesamtzahl von 18 Operationen belief sich bis jetzt die Mortalität auf $33^1/_3$%. Aber diese Ziffer wird sich bei besserer Indikationsstellung und rechtzeitigem Eingreifen

herabdrücken lassen. Der Chirurg soll nicht von vorn her um jeden Preis den Stein, welcher den Weg versperrt, in Angriff nehmen, vielmehr erweitert die Schaffung eines Weges für den Urinabflufs oberhalb des Hindernisses unser Aktionsfeld. Die Verfasser empfehlen daher, entschlossen die Niere durch ihren konvexen Rand bis zum Nierenbecken zu spalten. Diese Operation allein ist rationell, wenn der Sitz des Hindernisses unbekannt ist. Sie zeichnet sich ferner durch ihre Einfachheit, leichte Ausführbarkeit und geringe Gefahr aus und ist der Eröffnung des Ureters und des Beckens noch vorzuziehen, wenn der Sitz des Steines bekannt. Da die Steine am häufigsten an der Einmündung des Ureters oder an seinem obersten Abschnitte festsitzen, so wird diese Nephrotomie ebenso oft heilend wirken, sei es, dafs sie die direkte Extraktion des Konkrementes, sei es dessen Entfernung durch den rückläufigen Katheterismus des Ureters ermöglicht.

Unter sechs Fällen waren zwei mit tödlichem Ausgange durch zu spätes Eingreifen verschuldet. In den vier geheilten Fällen erhielt der Urin unmittelbar nach der Operation seinen Abflufs durch die Lumbalwunde, später, und zwar vom 1. bis 35. Tage, nachdem der Stein in die Blase gefallen war, erlangte er seinen physiologischen Weg wieder.

Die Operation läfst sich physiologisch rechtfertigen. Indem sie nämlich den Wirkungen des Gegendruckes in den Harnkanälchen entgegentritt, gestattet sie die Wiedergewinnung der Urinfunktion trotz der hartnäckigen Verstopfung des Ureters und beschützt so die Unversehrtheit des Epithels und Nierenparenchyms. Aber sie mufs rasch zu Hülfe kommen, nicht über den 8. oder 9. Tag hinaus.

III. **Ein einfacher Apparat für die Sterilisierung von Sonden.** Dr. Frank beschreibt den ebenso einfachen, als billigen, auch für sonstige Instrumente verwertbaren Apparat, der leicht fast überall, z. B. mit einem gewöhnlichen Fischkochkessel, zum Zwecke der Sterilisation verwendet werden kann. Es ist nur das zweckmäfsige Einsatzstück nötig. Dasselbe stellt eine mit einem Aufsatze versehene Büchse dar, die sicher im gröfseren Sterilisationsgefäfs befestigt werden kann. Sie ist hohl, wird durch einen event. verschliefsbaren Trichter zu zwei Drittel mit Wasser oder 10%iger kohlensaurer Kaliumlösung gefüllt. Im oberen Abschnitte sind Öffnungen angebracht, welche ein Ende der Sonden tragen; hier strömt auch beim Gebrauche des Apparates der Dampf heraus. Die Sonden sind aufserdem durch Querleisten davor geschützt, dafs sie im Kochtopfe zu Boden fallen. Der Apparat kann auch in gröfserem Mafsstabe für Hospitalzwecke ausgeführt und durch Röhren mit einem Dampf erzeugenden Apparate in Verbindung gebracht werden. Bakteriologische Versuche haben die Wirksamkeit der Sterilisation bestätigt. Fabrikant ist M. Lautenschläger-Berlin.

IV. **Didays Krankheit, Tod und Sektion,** von Orcel. Anfangs Januar dieses Jahres ist einer der ältesten und berühmtesten französischen Forscher, Diday, aus diesem Leben geschieden. Wie er zu Lebzeiten der Wissenschaft unermüdlich gedient, so wollte er ihr auch nach seinem Tode noch nützen, und hatte daher ausdrücklich bestimmt, dafs man ihn seciere und hierüber, besonders mit Rücksicht auf die an ihm etliche Jahre vorher vollzogene Cystotomie, genauen Bericht erstatte. In pietätvoller und ausführlicher Weise ist nun ein Schüler Didays, Dr. Orcel, diesem Wunsche nachgekommen; aus dessen Arbeit sei hiermit etliches entnommen. Diday litt schon längere Zeit an Urinbeschwerden, welche von der Prostata ausgingen. Als diese nun bedeutend zunahmen und in kurzer Zeit ein schlimmer Ausgang zu befürchten war, da vollzog Prof. Poncet an Diday die Eröffnung der Blase oberhalb der Symphyse (23. December 1891). Der Erfolg war vortrefflich. Die Zufälle von Urinvergiftung hörten auf und kamen nicht wieder, das Allgemeinbefinden blieb gut bis ans Ende,

kurz Diday hatte niemals Grund, die von ihm selbst gewünschte Operation zu bereuen. Ja er machte sogar mehrmals auf die gute Funktion seiner widernatürlichen Harnröhre aufmerksam, welche ihm bald erlaubte, den Harn 3—5 Stunden zurückzuhalten. Das Urinlassen ward willkürlich und fand nur durch die Bauchöffnung statt, während durch die Harnröhre nur ab und zu etwas schleimig-eiterige Absonderung erfolgte. Abgesehen von einigen funktionellen Störungen, welche er durch Katheterisieren und Spülungen leicht beseitigte, gab es nur einen mifslichen Zufall, nämlich die Bildung von Steinen, welche bald wegen ihrer unangenehmen Symptome (Hämaturie, Schmerzen am Ende des Urinierens) die Extraktion erheischten. So wurden im Juni 1893 14 Phosphatsteine durch die erweiterte hypogastrische Öffnung entfernt; schon nach einigen Wochen gewann der Patient die Fähigkeit wieder, den Urin zurückzuhalten. Einen Monat später trat eine linksseitige Nebenhodenentzündung ein, welche wieder zurückging. Im December 1893 stellten sich neuerdings Harnbeschwerden ein; aber bald wurde die Aufmerksamkeit vom Harnapparate abgelenkt, da eine andere Affektion dazwischentrat (21. December 1893).

Es bildete sich nämlich ein rechtsseitiges pleuritisches Exsudat aus. Da es rasch wuchs, wurde dreimal punktiert; zuletzt ward die Thorakocentese nötig, welche den traurigen Aufschlufs brachte, dafs eine Neubildung in den Lungen und dem Rippenfell vorhanden war. Zwei Tage später starb Diday. Die Sektion erwies in der Brusthöhle das Vorhandensein einer rasch gewachsenen Geschwulst, nämlich eines vom Periost ausgegangenen Sarkoms, das sich über die ganze Pleura in vielen einzelnen Ablagerungen zerstreut zeigte. Der Harnapparat wurde natürlich ganz besonders genau untersucht. Nieren, Ureteren ergaben nichts Besonderes, auch die Harnröhre fand sich normal, frei von Verengerungen bis zur Pars prostatica. Aber dieser Abschnitt war infolge der Prostata-Hypertrophie bedeutend entzündlich verändert (erweiterte Krypten und Mündungen mit kleinen Steinen, resp. Schleimeiter gefüllt) etc.; die Blasenhalsmündung gab dem Finger etwa das Gefühl eines Muttermundes. Besonders vergröfsert war die Prostata, sie wog 85 g, beide Lappen waren gleichmäfsig stark ausgebildet, ein mittlerer fehlte. Nur in der krankhaft veränderten Pars prostatica urethrae lag das Hindernis für den Urinabflufs; ihre Wandungen waren in die Länge gezogen, vergröfsert durch das Hinaufsteigen des Blasenhalses, die Lichtung verengt durch die abnorme Entwickelung des Prostatagewebes; so war zuerst Dysurie, dann völlige Urinverhaltung eingetreten. In der im allgemeinen wenig veränderten Blase konstatierte man hinter und unter dem Blasenhals eine Vertiefung, Tasche, welche drei Phosphatsteine enthielt; der gröfste hat das Volumen einer Haselnufs. Besonderes Interesse bot die widernatürliche, durch die Sectio alta angelegte Harnröhre. Sie stellt einen schiefen Kanal dar, der von vorn nach hinten 25—30 mm Länge hat. Die innere (vesikale) Mündung erscheint wie eine kleine kreisförmige Öffnung, die äufsere (hypogastrische), 4—5 cm oberhalb der Schambeine gelegene wie ein kleiner trichterförmiger Becher; eine Sonde mit Oliva No. 18 läfst sich leicht durchführen. Die Wandungen sind gebildet durch die ganze Dicke der Blase, welche bis zur Haut der Bauchwand hingezogen ist; alle Schichten der Blase beteiligen sich, wenn auch in geringerer Dicke, an dieser Bildung des Kanals. Der Übergang der Blasenschleimhaut in die Haut der Bauchwand läfst sich merkwürdigerweise nicht deutlich abgrenzen. Diese Art von Ausbuchtung der ganzen Blasenwand wird aufserordentlich verstärkt durch einen sehr harten, fibrösen Ring, der durch die narbige Anhäufung aller Bauchwandschichten gebildet ist (Zellgewebe, Aponeurosen, gerade Bauchmuskeln). Durch das Zusammenwirken der physiologischen und anatomischen Bedingungen: Länge und schiefer Verlauf des Kanals, Widerstand der Recti, Vorhandensein des fibrösen Ringes erklärt es sich, dafs der Urin nicht von

selbst abfliefsen konnte, sondern das Harnlassen ein willkürliches wurde. Das Vorhandensein der Schleimhaut im gröfsten Teile des neuen Kanals und ihr inniger Übergang in die Haut lassen begreifen, warum die hypogastrische Öffnung bestehen blieb und keine Tendenz zur Verwachsung zeigte, solange man nur gegen das Zusammenwachsen der Wandungen und gegen die Verengerung des Kanals zu kämpfen hatte. Letztere hätte zunehmen müssen, da ja der Kanal von einem Bande von narbigem, also sich zusammenziehenden Gewebes umschlossen war.

V. Legrain: Notiz über die **Harnabsonderung in einem Falle von hypertrophierender Osteoarthropathie.** Die letztgenannte Affektion ist klinisch ausgezeichnet durch eine Volumszunahme der Gelenke, beträchtliche Hypertrophie der letzten Phalangen, aufserordentliches Längenwachstum der Nägel, Mifsgestaltung derselben nach Art von Uhrgläsern etc.; anatomisch durch eine chronische Entzündung der Knochen, deren Kalksalze grofsenteils geschwunden sind, während Magnesiumsalze an ihre Stelle getreten sind. Verfasser hat Gelegenheit gehabt, während mehrerer Monate einen 25jährigen Kranken zu beobachten, bei dem die Krankheit in der Kindheit begann, und giebt in urologischer Hinsicht folgendes an: Es zeigte sich eine leichte Polyurie. Ferner erwies sich im Urin bei normaler Quantität Magnesium ein Verhältnis von doppelt soviel Kalk als normalerweise bestehen sollte. Die Einführung von Säuren vermehrte noch die Quantität der Kalksalze im Urin. Verfasser meint, dafs in zweifelhaften Fällen diese Notizen zur Diagnose und vielleicht auch in therapeutischer Hinsicht etwas nützen könnten. *Neuhaus-München.*

The British Journal of Dermatology.

1894. Heft 2.

I. **Erythema elevatum diutinum,** von R. Crocker und C. Williams. (Schlufs.) Hutchinson hat vier derartige Fälle veröffentlicht, die einen Typus für sich darstellen und sich wesentlich von den von Buri veröffentlichten Fällen unterscheiden. Hält man die beiden Typen nebeneinander, so ergeben sich folgende Unterschiede:

Typus Buri.	Typus Hutchinson.
Patienten nur weibliche Personen;	Patienten nur männlichen Geschlechts;
meist jugendlich;	alle über 50 Jahre alt;
gichtisch oder rheumatisch und entweder selbst oder erblich damit belastet.	in allen Fällen stark mit Gicht behaftet.
Die Läsionen liegen über den Gelenken und auf der Palmarfläche;	Die Läsionen zeigen keine charakteristische Lokalisation;
sie beginnen als Knoten, zeigen nach der Konfluenz immer noch den knotigen Charakter;	sie beginnen als flache Erhabenheiten, konfluieren und verlieren ihren knotigen Charakter;
sie sind zuerst erythematös und werden dann purpurrot.	sie sind purpurrot von Beginn an.
Von den Läsionen persistieren einige sehr lange, andere gehen zurück. Niemals breiten sie sich über eine grofse Hautstrecke aus.	Alle Läsionen persistieren durch das ganze Leben und breiten sich weit aus.
Die Läsionen blassen nur auf starken Druck ab, sonst bleiben sie unverändert.	Die Läsionen blassen nur am Rande ab Die Erhabenheit scheint ödematöser Natur zu sein und konnte durch kontinuierlichen Druck beseitigt werden. In der Nachbarschaft war Odem.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Hautstückchens ergab, abgesehen von einer leichten Verdickung des Rete mucosum und einer Verlängerung der interpapillären Zapfen an einzelnen Stellen, einen normalen Zustand der Epidermis. Der krankhafte Prozefs safs zwischen der Epidermis und der unteren Coriumschicht bis hinab zu den Knäueldrüsen. Unterhalb der letzteren war alles wieder normal.

Die krankhafte Partie im Corium besteht fast ausschliefslich aus Bindegewebsfasern, welche, vielfach dem Laufe der Gefäfse folgend, nach verschiedenen Richtungen hin verlaufen. Weder Haarfollikel noch Talgdrüsen waren in den Schnitten zu sehen.

Im allgemeinen war das Bild seiner Struktur nach einem Keloid nicht unähnlich.

Die mikroskopische Untersuchung hat den wahren pathogenen Prozefs nicht klargestellt, weshalb die Bezeichnung der Affektion nur den klinischen Symptomen entspricht.

II. **Lepra auf Island,** von E. Ehlers-Kopenhagen. Verfasser bespricht in dem einleitenden Teil der Arbeit das Vorkommen der Lepra in Europa. Bis vor 6 bis 8 Jahren war man der Meinung, dafs die Lepra des Mittelalters zum gröfsten Teile in denjenigen Ländern ausgestorben sei, in denen sie früher so viele Verheerungen angerichtet habe, dafs sie gegenwärtig nur noch in den Küstenländern des Mittelländischen, des Schwarzen, Kaspischen Meeres, des Bottnischen Meerbusens, in Norwegen und auf Island sich endemisch vorfinde. Aber auch an diesen Stellen sollte die Lepra entweder spontan oder infolge der energischen Mafsregeln seitens der verschiedenen Regierungen in steter Abnahme begriffen sein. Im unklaren war man über diejenigen Fälle von Lepra, welche hie und da, beispielsweise in Frankreich, Tirol u. a., auftreten. Vidal sprach von „Lepra nostras“, Besnier leugnete das Vorhandensein einer solchen. Leloir, Poncet stiefsen auf Fälle, die der Lepra mutilans zum Verwechseln ähnlich sahen, die sie jedoch mangels der charakteristischen Leprabacillen als „Lepröse Trophoneurosis“ bezeichneten und als durch die fortschreitende Civilisation gemilderte Reste der alten Lepra ansahen. Zambaco Pascha unterstützte nicht nur diese Hypothese, sondern ging so weit, auch zwei moderne Krankheiten, wie die Morvansche Krankheit und die Syringomyelie, als ebenfalls zur Lepra gehörig zu erklären. Es ist bekannt, wie Zambaco einen Patienten aus Paris, der wegen seiner nekrotischen Finger in verschiedenen Hospitälern operiert und überall als prägnantes Beispiel von Morvans Krankheit angesehen worden war, den hervorragenden Dermatologen vom St. Louis-Hospital vorstellte, welche einstimmig erklärten, der Patient leide an typischer Lepra. Dieser Sieg ermutigte Zambaco, mehrere Patienten, welche an Syringomyelie leiden sollten, vorzustellen. Dieselben wurden von Potain, Quinquaud, Chauffard, Strauss, Raymond, Besnier und anderen für leprös erklärt, während Pitres in Bordeaux thatsächlich den Leprabacillus bei einem für Syringomyelie angesehenen Falle fand. Zambaco kam schliefslich dahin, auch die Sklerodermie, die Sklerodaktylie, das Ainhum, die Morphoea und die mit symmetrischer Gangrän einhergehende lokale Asphyxie als konsekutive Zustände oder abortive Formen der Lepra zu erklären. Damit hat Zambaco, wenn er auch vielleicht in seinen Behauptungen und Theorien zu weit gegangen ist, eine hochinteressante und auch praktisch eminent wichtige Frage zur weiteren Diskussion aufgeworfen.

Verfasser will in einem weiteren Aufsatze untersuchen, ob die endemische Lepra auf Island, welches wegen seiner isolierten Lage vom festländischen Verkehr und den Einflüssen der fortschreitenden Civilisation durch Jahrhunderte abgeschnitten war, derartige Bilder aufweise, die geeignet wären, die Theorien von Leloir und Zambaco zu stützen oder zu entkräften. Verfasser hat zu diesem Zwecke eine Forschungsreise

nach Island unternommen, nachdem er sich zuvor mit der Geschichte der Lepra auf dieser Insel völlig vertraut gemacht hatte.

III. **Klinische Bemerkungen über zwei Fälle von Morphoea mit einer eigentümlichen Verhärtung des subkutanen Fettgewebes,** von W. Anderson. Fall 1. Die Patientin ist 42 Jahre alt, verheiratet. Vor fünf Monaten bemerkte sie eine harte Masse in der Haut des Abdomens. Der Tumor war nicht entfärbt, von der Gröfse eines Pennystückes. Er war, ohne dafs irgend eine Verletzung vorangegangen wäre, entstanden. Bei der Untersuchung zeigte die Patientin im linken Hypochondrium bis zur Umbilikalgegend reichend eine handtellergrofse Stelle verdickter Haut. Dieselbe fühlte sich hart an, war schwach gefleckt und mit scharf begrenzten und unregelmäfsigen Rändern versehen und liefs sich auf dem darunterliegenden Gewebe leicht hin und her bewegen. Das Aussehen der Haut war das wie bei Morphoea; ungewöhnlich war nur die Verhärtung, welche bei Berührung eine Infiltration vortäuschte. Die Diagnose blieb in suspenso. Da die Affektion aber die Tendenz zeigte, sich auszudehnen, so wurde das betreffende Hautstück excidiert, die Wundränder vernäht. Die Heilung erfolgte per primam. Sechzehn Tage später starb die Patientin am Herzschlage. Die Sektion ergab Herzverfettung. Bei der mikroskopischen Untersuchung war die Verhärtung vollständig verschwunden, und, abgesehen von einer ganz leichten Zellproliferation, deutete nichts mehr auf die bei Lebzeiten bestandene Verhärtung hin.

Fall 2. Die 72jährige, gesund aussehende Patientin zeigte bei der Untersuchug die rechte Brust geschwollen. In der Tiefe der Brustdrüse konnte man eine harte Masse fühlen. Die Haut über der erkrankten Brust war im Umkreise von 6½ Zoll Quer- und 5½ Zoll Vertikaldurchmesser verdickt, scharf umschrieben, von schwach roter Farbe mit etwas erweiterten Follikelmündungen, auf der darunter befindlichen Fascie verschiebbar. Die Axillardrüse war ein wenig vergröfsert, der ganze rechte Arm ödematös geschwollen.

Während die Diagnose bezüglich der Erkrankung der Brustdrüse auf Carcinom lautete, konnte man den Zustand der Haut nur mit dem bei Morphoea vergleichen.

Die Untersuchung der operierten Brust ergab Scirrhus der Brustdrüse. Das Gewächs war von der Haut überall durch eine dicke Lage Fett geschieden. Die Haut selbst erwies sich nach der Entfernung normal.

IV. **Hautgangrän des Beines,** von W. Anderson. Der 42jährige, blasse, abgemagerte Patient fiel vor drei Wochen auf ein Stück Eisen, wobei er sich am Fufse schwer verletzte. Zwei Tage später begann eine Entzündung am Fufs, die sich bis hinauf zur Patella erstreckte.

Der Patient war früher ganz gesund; die Anamnese und der Status ergaben nichts, das auf Syphilis oder Tuberkulose schliefsen liefs.

Bei der Besichtigung zeigte sich die Haut des Dorsum pedis gangränös; die Oberfläche des ganzen Beines bis hinauf zur Patella war entzündet und drohte, ebenfalls der Gangrän anheimzufallen. Die Haut der gangränösen Partien war dunkelrot bis schwarz und von Eiter unterminiert. Die Behandlung bestand in Incision, Entleerung des Eiters, Beseitigung der nekrotischen, resp. gangränösen Haut, Reinigung der Wundflächen mit antiseptischen Lösungen, Einlegen von Drainröhren und Verband. Später wurden auf die gangränösen Stellen Hauttransplantationen nach Thiersch gemacht. Der Patient konnte in wesentlich gebessertem Zustande entlassen werden.

Der Fall erinnert an das gangränöse Erysipel früherer Zeiten, das jedoch heutzutage bei Beobachtung der Antisepsis nur äufserst selten auftritt.

C. Berliner-Aachen.

Grundzüge der Physiologie, von THOMAS H. HUXLEY, herausgegeben von J. ROSENTHAL. (Dritte Auflage. Leopold Voss, Hamburg und Leipzig. 1891.)

Wer eine gründliche Kenntnis vom Bau und den Verrichtungen des menschlichen Körpers erlangen will, dem empfehlen wir HUXLEYS Werk aufs angelegentlichste; bei seiner vorzüglichen Kunst, selbst die schwierigsten wissenschaftlichen Aufgaben klar und erschöpfend darzustellen, wird jeder, auch der gebildete Leie, das Buch gern und mit Interesse lesen, während andererseits der junge Mediziner es mit Nutzen zur Einführung in das so schwierige Gebiet der Physiologie benutzen kann. Die Auflage ist gegen die früheren bedeutend erweitert und vermehrt; der Übersetzer hat aber keinerlei Änderungen am Original getroffen, so dafs das Werk HUXLEYS rein vor uns liegt. Wohl aber hat ROSENTHAL in dankenswerter Weise eine Reihe von Ergänzungen angehängt, die hauptsächlich chemische und physikalische Einzelheiten enthalten und zum besseren Verständnis, bezw. zur weiteren Erläuterung mancher Thatsachen höchst wünschenswert sind. *F. Hahn-Bremen.*

Compendium der Arzneiverordnungslehre, von Prof. RUDOLF KOBERT. (Enke, Stuttgart. 1893.)

Von einer Inhaltsangabe dieses trefflichen Buches müssen wir von vornherein absehen und uns damit begnügen, demselben die besten Empfehlungen mit auf den Weg zu geben. Wir bezweifeln nicht, dafs jedweder, Studierende und Arzt, es gern lesen und in unendlich vielen Fällen Rat und Belehrung aus ihm schöpfen wird. Fügen wir noch hinzu, dafs die vorliegende zweite Auflage bedeutend erweitert und infolge des Erscheinens des deutschen „Arzneibuches“ umgearbeitet ist, so ist damit eigentlich alles gesagt. Für den Anfänger sind die wichtigsten Dinge durch gröfseren Druck kenntlich gemacht, so dafs auch für ihn das Buch trotz seines allumfassenden, eingehenden Inhalts nicht unhandlich ist. *F. Hahn-Bremen.*

Die Photographie in der praktischen Medizin, mit dreifsig Originalaufnahmen, von L. JANKAU. München 1894. Verlag von Seitz & Schauer. Zu den nützlichsten Hülfsmitteln für den Auschauungsunterricht in der Medizin, sowohl bei makroskopischen wie mikroskopischen Objekten, gehört zweifellos die Photographie. Die unretouchierten photographischen Aufnahmen geben zweifellos die Objekte natürlicher wieder, als die Reproduktionen des Malers, der doch immer subjektives einzuschalten in der Lage ist. Natürlich gilt das nur da, wo es auf die Farben und feine Niveaudifferenzen nicht ankommt; dieses ist aber in der Dermatologie leider meistens der Fall. Man kann deshalb in diesem Zweige des medizinischen Wissens nicht soviel mit der Photographie erreichen, als man wohl wünschen möchte. Dennoch bleibt noch immer ein erhebliches Gebiet für diese Reproduktionsweise, und ist es sehr erwünscht, dafs man sich mit derselben vertraut mache. Das vorliegende Büchlein giebt nun eine klare, übersichtliche Anleitung über die immerhin nicht leichte Technik, die sich dem photographierenden Arzte als nützlich erweisen dürfte. Für denjenigen, welcher sich noch eingehender vertraut machen will, ist auch die weitere hergehörige Litteratur angegeben.

Dreifsig Aufnahmen dienen als Belege für die Leistungsfähigkeit der Photographie, zum Teil allerdings auch ihre Schwächen enthüllend. Im ganzen kann das Büchlein wohl empfohlen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die Bewegungserscheinungen der Pigmentzellen, von E. Ballowitz. (*Biolog. Centralbl.* 1893. No. 19 u. 20.) Es ist allgemeine Anschauung, daſs die Chromatophoren amöboide, pigmenthaltige Fortsätze auszusenden und einzuziehen vermögen; dieselbe ist aber eine irrige. Schon Brücke sagt vom Chamäleon, daſs die Verkürzung der Fortsätze nur eine scheinbare ist, indem nur das Pigment in die Tiefe zurücktritt, die Ausläufer selbst aber nicht eingezogen, sondern nur entleert dem Auge verschwinden. Virchow führt auch den Farbenwechsel auf einen Ortswechsel des Pigments zurück; je mehr es in die Fortsätze strömt, um so heller erscheint das Tier. Ebenso denkt Lister, während Lode sich nicht bestimmt entscheidet. Erst Solger gelang es, die schwer sichtbaren Zellfortsätze bei Knochenfischen nachzuweisen und ihre Persistenz darzuthun. Biedermann neigt derselben Anschauung zu, wird sich aber doch nicht ganz schlüssig. Verfasser hat bei Untersuchungen über die Nervenendigungen in den Chromatophoren der Knochenfische Befunde gemacht, welche es als unzweifelhaft erscheinen lassen, daſs die Veränderungen ein Aussehen der Chromatophoren durch Pigmentverschiebung, nicht durch Gestaltsveränderungen eintreten. Schon frische, ungefärbte Präparate geben gewisse Anhaltspunkte. Man findet an den Chromatophoren des Herings oft das Pigment nicht völlig nach der Attraktionsphäre zurückgeströmt, sondern zum Teil in den äuſsersten Spitzen einer Anzahl von Fortsätzen liegen. Die scheibenförmige Pigmentplatte wird von einem lockeren Pigmentkranze in weiterer Entfernung umgeben. Schiebt sich das Pigment in die Fortsätze, so ist in einem bestimmten Zeitpunkte nur der mittlere Teil der Fortsätze pigmentfrei und deshalb unsichtbar. Die Rückwanderung erfolgt allmählich. Sicher gelingt der Beweis durch Färbung der Fortsätze mittelst der Golgischen Methode.

Einen interessanten Beweis liefern auch die Nervenendigungen, an denen die Chromatophoren sehr reich sind. An jede Pigmentstelle treten mehrere Nervenäste, welche sich in viele, der Zelle dicht anlagernde, dichotomische Verzweigungen auflösen. Ein Teil derselben durchdringt die Zelle selbst. Die letzten Ausstrahlungen enden frei als variköse Fibrillen, versorgen teils den Zellkörper, teils die Fortsätze. Bei Retraktion des Pigments bleiben dann die Nervenendigungen deutlich sichtbar, da sie durch die Pigmentverschiebung in ihrer Lage nicht beeinfluſst werden. Die Nervenfibrillen kennzeichnen die Lage der sonst unsichtbaren Fortsätze. — Die Gestaltsveränderungen der Chromatophoren sind also nur scheinbare, bedingt durch Ausströmen und Zurückströmen des Pigments in die unverändert liegenbleibenden Protoplasmafortsätze. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Resorptionsvermögen der normalen menschlichen Haut, von Theodor du Mesnil. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1893. No. 51. Heft 6.)

II. Für zerstäubte Flüssigkeiten. In dem ersten Teile der Arbeit hat Verfasser bewiesen, daſs wässerige Flüssigkeiten von der Haut nur dann resorbiert werden, wenn sie Schädigungen der Hornschicht bedingen. Jetzt giebt er die Resultate der Prüfung zerstäubter Flüssigkeiten, die Serrey, Röhrig und Juhl den Gasen gleichstellen, während Fleischer, v. Wittig, Levin, Ritter die Resorbierbarkeit derselben

bestritten. Bei allen Versuchen wenig berücksichtigt wurde die Temperatur der Flüssigkeiten, ein Hauptfehler neben manchem anderen, der den bisher verwendeten Methoden anhaftet. Die Temperatur ist sehr wichtig, da die infolge der Zerstäubung natürlich eintretende Abkühlung der Haut an sich die ungünstigsten Verhältnisse für die Resorption schafft. — Die Anordnung der Versuche des Verfassers war folgende: Nachdem die Haut auf Defekte sorgfältig untersucht war, wurde eine Extremität in einen Mossoschen Glascylinder gebracht, der oben mit einer Gummimanschette versehen war, die dicht abschlofs. Am unteren Ende wurde ein Handspray luftdicht eingefügt, der mit einem Dampfkessel eines Siglеschen Apparates verbunden war. Bei geeigneten Medikamenten wurde auch eine in das Reagens auf dieselben eingetauchte Binde über die Gummikappe gelegt. Der Spray hatte stets eine Temperatur von 40—50°. Der Patient lag während des Versuches im Bette. Benutzt wurden Lösungen von gelbem Blutlaugensalz (Juhl), wässerige Chlorlithium-, Lithium carbonicum-, Jodlithium-Lösung etc.; der Nachweis im Urin wurde chemisch und spektroskopisch geführt. Auf Grund der tabellarisch wiedergegebenen Versuche kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs auch aus Flüssigkeitsnebeln eine Resorption indifferenter Medikamente, selbst bei höherer Temperatur, **nicht** stattfindet, vorausgesetzt, dafs es sich um intakte menschliche Haut handelt und nicht durch zu hoch temperierte Dünste eine Schädigung derselben herbeigeführt wird. Selbst bei kleinsten Defekten aber wird bei Applikation von Medikamenten mittelst des Dampfsprays eine bedeutend schnellere Aufsaugung durch die Haut stattfinden, als bei einfacher Anwendung wässeriger Lösungen.

III. Gegenüber Gasen. Die Annahme der Physiologen, dafs von der Haut eine Resorption von Gasen zweifellos stattfinde, beruht auf unzuverlässigen Experimenten; Tierversuche sind überhaupt nicht mafsgebend, und an Menschen sind einwandfreie Versuche noch nicht gemacht. Verfasser unternahm daher die Prüfung dieser Frage im Verein mit cand. med. Noelle; die Anordnung der Versuche war ähnlich wie bei den im vorigen Abschnitte geschilderten. Als leicht nachweisbar erwiesen sich bei den Vorversuchen Jodgase (Nachweis durch Chloroform und rauchende Salpetersäure (Guttmann) oder die noch empfindlichere Stärkereaktion), Chloroform, für das die Hoffmannsche Isonitrilprobe verwendet wurde (Zusatz von Anilin und alkoholischer Kalilauge: pestilentialischer Isonitrilgeruch), aufserdem Terpentin und Copaivagase. Das Ergebnis der Versuche war ein absolut negatives, Resorption tritt erst ein, wenn Kontinuitätstrennung der Haut besteht, die durch die Gase selbst oder durch vorhergehende Schädlichkeiten bewirkt sein kann. Die normale menschliche Haut ist also für Gase nicht durchgängig.

IV. Für in Salbenform applicierte Substanzen. Die Ansichten über die Resorption von in Salbenform auf die Haut applicierten Substanzen gehen ja sehr auseinander; Röhrig, Fleischer, Ritter, Guinard, Bonnet, Javein, Winternitz leugnen sie, Lassar, Köbner, Guttmann, Katschkowsky, Liebreich, Peters, Paschkis und Obermeyer halten sie für erwiesen. Bei der erneuten Prüfung der Frage seitens des Verfassers und cand. med. v. Lüttner suchten sie erst festzustellen, ob die üblichen Salbenkonstituentien eine Schädigung der Haut bewirken. Es ergab sich dabei, dafs Lanolin und Vaselinum flavum nicht die geringste Reizerscheinung machen, während Adeps suillus unter sieben Fällen einmal Rötung, Bläschenbildung und Maceration bewirkte. Als geeignete, leicht nachweisbare Medikamente erwiesen sich Jod, Natr. salicyl. und Lithiumsalze; als Constituens war Lanolin das beste. Die Schlüsse waren folgende:

1. Aus einfach aufgelegten Salben, falls sie nicht die Kontinuität der Haut schädigen, findet keine Resorption von Medikamenten statt.

2. Ebensowenig ist dieses beim Einreiben indifferenter Salben gewöhnlich der Fall.

3. Bei energischen Einreibungen indifferenter Stoffe ist eine Aufsaugung durch die Haut die Regel, jedoch ist diese wohl auf durch die Friktion gesetzte Schädigungen zurückzuführen. Die intakte menschliche Haut ist für in Salbenform applicierte Medikamente nicht durchgängig.

Aus all' den Arbeiten folgt nun, dafs die intakte Haut des Menschen nicht zu den Resorptionsorganen gezählt werden darf. Das darf aber die praktische Verwertung äufserer Mittel bei tieferen Leiden nicht beeinflussen, weil dieselben entweder chemisch oder mechanisch gewöhnlich Veränderungen hervorrufen, welche der Resorption günstig sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Akute Exantheme.

Die Natur der Vaccine-Immunität, von Kramer und Boyce. (*Brit. med. Journ.* 4. Novbr. 1893.) Verfasser stellten Versuche an Kälbern an, ob das Serum von frischgeimpften Tieren andere gegen Vaccination immunisiere. 10—14 Tage nach stattgehabter Vaccination fingen sie das Blut auf und injicierten nach stattgehabter Koagulation das gewonnene Serum einem anderen Kalbe subkutan in der Menge von $^1/_2$—$2^1/_2$ Litern. Die Impfung des injicierten Tieres wurde möglichst bald vorgenommen und war in fünf von sechs Fällen erfolgreich. In dem sechsten, wo die Impfung nicht anging, nehmen sie eine künstliche oder erworbene Immunität an.

F. Hahn-Bremen.

Über drei Fälle von generalisierter Vaccine, von Bernhard Dietter. (*Münch. med. Abhandl.* 42. Heft. J. F. Lehmann, München 1893.) Das Auftreten der generalisierten Vaccine ist selten; sie ist besonders von französischer Seite beobachtet (Dauchez, Chauveau, Warlomont, Hervieux, Espine, Bonneric); von deutschen Autoren sind zu nennen: Behrend, Kalischer, Kranz. Verfasser berichtet drei Fälle, welche Kinder im ersten bis dritten Lebensjahre betrafen; alle litten an chronischen Ekzemen. Die Infektion erfolgte stets zufällig von geimpften Geschwistern; ein Kind war bereits geimpft gewesen. Das erste Kind, ein Jahr alt, mit Gesichtsekzem behaftet, inficierte sich an seinem geimpften Brüderchen und ging in ca. zehn Tagen an generalisierter Vaccine zu Grunde. Das zweite, $3^1/_2$ Jahre alte Kind erkrankte leichter und genas. Auch der dritte, dreijährige Patient wurde trotz schwerer Erkrankung schliefslich geheilt. Nach Erörterung der hierhergehörigen Litteraturangaben entwirft Verfasser folgendes Krankheitsbild: Die Allgemeineruption wird zweifellos durch das im Blute zirkulierende Vaccinegift herbeigeführt, kann aber auch direkt durch lokale Ansteckung bewirkt werden. Die zufällige Infektion von einem anderen geimpften Individuum, wie sie in diesen drei Fällen stattgefunden hatte, ist sehr selten; es handelt sich dann stets um mit Hautaffektionen behaftete elende Individua. Die Inkubationsdauer ist verschieden, je nach der Art der Infektion. Das erste Zeichen ist eine Verschlechterung des Ekzems, es bildet sich eine schmierige, konfluierende Masse mit starker Infiltration. Die Farbe der Haut ist anfangs grau oder weifslich gelb, später häfslich braun, hämorrhagisch; papulöse Gebilde entstehen, der Rand wird wallartig aufgeworfen. In der Umgebung entstehen papulöse, vesikulöse, später pustulöse Erhebungen, die nach und nach gedellt werden. Die Entwickelung ist meist eine rasche, hohes Fieber oft vorhanden, daneben Erbrechen, Delirien etc. Nach 8—10 Tagen meist Besserung, der Verlauf im allgemeinen günstig; charakteristische Impfnarben bleiben nicht zurück. Auf die Ekzeme übt die generalisierende Vaccine oft einen günstigen Einflufs aus. Die immunisierende Kraft der Vaccine verliert durch die Generalisierung. Der dritte Fall wurde ein Jahr darauf

mit Erfolg geimpft. Die Prophylaxe erfordert Occlusivverband und Sauberkeit bei Geimpften. Die Therapie besteht in Umschlägen mit Bleiwasser, Chlorwasser, Borwasser, Auflegen von Borvaselin. — Verfasser schliefst mit den Worten BOLLINGERS, dafs der vaccinierte resp. revaccinierte Mensch für seine Umgebung nicht so gleichgültig ist, als man gewöhnlich annimmt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Untersuchungen über die Mikrobien der Vaccine, speziell über den Coccus der Vaccina rubra, von MALJEAN. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 1893. No. 24 und 25.) Verfasser kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die unvollständige Vaccineeruption, die sogenannten roten Papeln, enthalten meist einen spezifischen Mikrokokken im reinen Zustande.

2. Man findet denselben ebenfalls, allein oder mit anderen Mikrobien vergesellschaftet, in den Vaccinepusteln des Menschen und des Rindes.

3. Ebenso ist er vorhanden in der mit Glycerin präparierten Kuhpockenlymphe.

4. In Reinkultur dem Rinde eingeimpft, erzeugt er typische Vaccine und gewährt Immunität.

5. Nach einem zweiten Aufenthalte im Organismus des Rindes führt er zur Bildung eines sehr wirksamen Vaccine-Impfstoffes, welcher, aufser den der Vaccine eigenen, keine phlogogenen Eigenschaften besitzt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Bakteriologie der Vaccine, mit besonderer Berücksichtigung einer verbesserten Methode ihrer Präservierung und ihres Verkaufs, von COPEMAN. (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1893.) Verfasser fand in der Kuhlymphe den Streptococcus pyogenes und erysipelatis, sowie den Staphylococcus albus; das spezifische Agens konnte auch er nicht entdecken. Ferner entdeckte Verfasser, dafs mit Glycerin präservierte Lymphe bessere Wirkung gab, als ohne Glycerin aufgehobene, da im Glycerin die oben genannten Bakterien absterben; folglich sind sie nicht das wirksame Agens der Lymphe. *F. Hahn-Bremen.*

Beiträge zu den Komplikationen der Vaccination, von E. EPSTEIN. (*Pesth. med.-chir. Presse.* 1893. No. 24.) Wie PFEIFFER hat auch EPSTEIN in zwei Fällen eine Blutungsdiathese nach der Impfung beobachtet. Bei einem 12jährigen Knaben entstanden am ganzen Körper, vornehmlich aber an den Oberarmen, linsengrofse, blafsrote, auf Fingerdruck schwindende Flecke. Daneben fanden sich auch hirsekorngrofse, unregelmäfsige, dunkelrote, stellenweise livide Blutaustritte, die an den Handflächen konfluierten. Vaccinepusteln und Schleimhäute waren von Blutungen frei. Der zweite Fall betraf ein viermonatliches Kind. Die Hämorrhagien schwanden in kurzer Zeit.

Eine häufigere Komplikation der Vaccination bildet das Erythema vaccinosum, das Verfasser in 14 Fällen gesehen hat. Es ähnelt dem Masernexanthem, ist nur nicht so dunkelrot. Es lokalisiert sich besonders an der Streckseite des geimpften Armes, oft auch an der äufseren und hinteren Fläche der Schenkel. Bauch, seitliche Thoraxflächen und Lumbalgegend sind am seltensten afficiert. Die Dauer der Entwickelung beträgt im Durchschnitt 48 Stunden; mehr als drei Tage hält die Eruption meist nicht an; ganz intensive Exantheme können aber 6—7 Tage bestehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nephritis parenchymatosa acuta nach Varicellen, von CASSEL. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 32.) Ein vier Jahre altes Kind erkrankte etwa 15 Tage, nachdem die Varicellen unter hohem Fieber ausgebrochen waren, unter Fieber und Nachlafs der Urinsekretion; das Gesicht war gedunsen; der Urin enthielt reichlich Eiweifs, zahlreiche rote Blutkörperchen, Nierenepithelien und epitheliale Cylinder.

Es kommen alle Intensitätsgrade von Nephritis nach Varicellen vor; ungünstiger Ausgang ist dreimal beobachtet. Die Sektion ergab eine parenchymatöse Nephritis, wie nach Scharlach. Prophylaktisch kann man nur Henochs Vorschlag acceptieren, die Kinder bei Varicellen einige Tage im Bette und im Zimmer zu halten, und die Diät leicht verdaulich zu gestalten. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Varicellen, der Variola vortäuschte, aus dem „Hope Hospital, Warrington" von Gornall. (*Brit. med. Journ.* 11. Febr. 1893.) Es handelte sich um einen ziemlich ausgebreiteten Varicellenausschlag ohne starke subjektive Symptome bei einem nicht geimpften Kinde. Die vom Verfasser vorgenommene Impfung war erfolgreich und damit die Diagnose gesichert. Übrigens hatte eine Schwester des Kindes vor kurzem Wasserpocken gehabt. *F. Hahn-Bremen.*

Erfolgreiche Umwandlung von „Small-Pox" in „Cow-Pox" von Th. W. Henie. (*Brit. med. Journ.* 1892. No. 1646. S. 116.) Verfasser impfte Pustelinhalt von schwerer Variola auf ein Kalb und erhielt eine pockenähnliche Eruption. Die aus den Pocken entnommene und mit Glycerin versetzte Lymphe übertrug er auf ein weiteres Kalb, von diesem wieder auf ein weiteres und erhielt stets Pocken mit einer bei Tier und Menschen sich bewährenden Vaccine. Alle geimpften Kälber und Menschen erwiesen sich als refraktär gegen andere Vaccine. Es ist Verfasser also gelungen, durch die Variolation bei Kälbern echte, wirksame Vaccine zu erzeugen, im Gegensatz zu Chauveau, der allerdings nur Kühe benutzt hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Identitätsfrage der Pocken und Windpocken von Géza Békézy. (*Ungar. Arch. f. Med.* 1893. Bd. III. Heft 1.) Von neueren Autoren verteidigt nur noch Hochsinger die Identität von Varicellen und Variola. Mit Hülfe einer auf 35 Jahre sich erstreckenden Statistik weist Verfasser das Irrtümliche dieser Anschauung nach, da Variola und Varicellen, was die Zahl der Erkrankungen betrifft, ganz unabhängig voneinander sind. Während in Budapest Varicellen ca. 33% der genannten Kinderkrankheiten ausmachen, stets anzutreffen sind, trat die Variola 1855—88 viermal epidemisch auf; in der Zwischenzeit gab es nur wenige sporadische Fälle. Variola ergreift die Geimpften selten, Varicellen treten gleichmäfsig auf bei Geimpften und Nichtgeimpften. (Ich habe neulich ein Kind, das soeben Varicellen gehabt hatte und sogar noch einige Bläschen zeigte, mit vollem Erfolge geimpft. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Variola bei Tuberkulösen, von Richardière. (*L'Union médic.* 1893. No. 37.) Landouzy hat die auffallende Receptivität für Tuberkulose festgestellt, welche Individuen bieten, die früher Variola durchgemacht haben, und führte dieses Verhältnis der beiden Affektionen zu einander auf einen anämischen Zustand zurück, in den der Organismus durch die variolöse Infektion geraten ist. Während nun aber andererseits gewisse Autoren (Rilliet, Barthez, Mead, Brachet) einen Antagonismus zwischen Variola und Tuberkulose erkannt haben wollten, in dem Sinne, dafs letztere gegen erstere einen mehr oder weniger bedeutenden Grad von Immunität gewähre, haben spätere Forschungen das Gegenteil bewiesen. So haben auch die Untersuchungen des Verfassers ergeben, dafs praeexistierende Tuberkulose die Prognose der Variola in hohem Mafse erschwert: von den 4 Patienten R.s. starben 3.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Behandlung der Variola mit Sublimatbädern und -Verbänden am Hospital von Aubervilliers, von Richardière (*L'Union méd.* 1893. No. 44.) Behandelt wurden nach dieser Methode 80 Patienten mit schwerer Variola und zwar jeweilen so frühzeitig wie möglich, indem sich die Prognose am günstigsten gestaltet, wenn

sich das Exanthem noch im papulösen Stadium befindet. Die Patienten erhielten zweimal täglich 1 Sublimatbad (à 10 Gramm), während je einer Viertelstunde, im Dessikationsstadium nur noch einmal pro die. Da aber die Eruption im Gesichte hierdurch nicht beeinflufst wird, wurde dieses, sowie Kopf und Hals mit in ½ ‰ Sublimatlösung getauchten Gazestreifen umwickelt (unter entsprechender Schonung der Augen etc.), welche während der ganzen Krankheitsdauer liegen bleiben und mittelst Zerstäuber feucht erhalten werden. Auf diese Weise konnte die Suppuration der Papeln meist verhindert werden; war sie aber bereits ausgebildet, so könnte wenigstens meist die sekundäre Infektion der Pusteln hintangehalten werden, wodurch sich die Vernarbung regelmäfsiger gestaltete. Für die Mundschleimhaut kamen Borsäurelösungen als Mundwasser zur Verwendung. Die Mortalität betrug bei dieser Behandlungsweise 12,5%, welche Statistik Verfasser in Anbetracht der Schwere der Fälle als günstig betrachtet. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Eine neue Behandlung der Pocken mittelst der Lichtstrahlen des Sonnenspektrums, von Niels R. Finsen. (*Sem. méd.* 1893. No. 59.) Blak, Waters, Barlöff, Galavardin berichten über günstige Erfolge bei Pocken durch vollkommenen Ausschlufs des Sonnenlichts; die Pocken fielen, eitrig geworden, ab, ohne Eiterfieber. Die Kranken wurden dauernd im Dunkeln gehalten. Dafs Sonnenlicht die Haut schädigen kann, ist bekannt. Diese Schädigung ist zurückzuführen auf die chemischen Lichtstrahlen. Diese schlofs Verfasser aus durch Anbringen roter, hermetisch schliefsender Gardinen oder Einsetzen roter Scheiben. Die Erfolge waren sehr günstig und ermuntern zu weiterer Prüfung. (Falls sich dieses bewahrheitet, wäre die Behandlung der Pocken mit Aufpinselungen von Chininglycerin ratsam, da das Chinin bekantlich die Wirkung der chemischen Lichtstrahlen aufhebt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Cocain in der Behandlung der Variola und Variolois, von E. Pepper. (*Americ. Journ. of med. scienc.* März 1893.) Verfasser gelangt zu folgenden Schlüssen: Der Verlauf der Variola, besonders aber der Variolois kann durch Cocain bedeutend gemildert werden. Prophylaktisch müfste man diese Wirkung bei einer Epidemie ausprobieren. Es wird meist gut vertragen. Man giebt von einer 4% Lösung innerlich 4 mal täglich soviele Tropfen, als der Patient Jahre zählt, bis zu 20 Tropfen; ebenso kann man das Medikament im Suppositorium oder subkutan geben. Natürlich kann man nebenher auch alle sonst empfohlenen örtlichen Mittel anwenden, doch sind dieselben häufig überflüssig. *F. Hahn-Bremen.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die Behandlung der Scabies am St.-Ludwig-Hospital (Paris), Vortrag von Fournier. (Nach *Presse méd. belge.* 1893. No. 45.) Die Kur ist eine etwas unsanfte, liefert aber vorzügliche Resultate. Sie besteht darin, dafs sich der Patient während einer halben Stunde mit grüner Seife tüchtig einreibt und sich dann auf eine fernere halbe Stunde unter fortgesetztem Reiben ins Bad legt. Nachher wird er mit einer Schwefelsalbe nach der Formel von Helmerich behandelt, worauf er sich anzieht und 24 Stunden in der Salbe verbleibt. Am folgenden Tage erhält er ein zweites Bad. In der Stadtpraxis verfährt F. in der Weise schonender, dafs er einfach eine etwas modifizierte Bourguignonsche Salbe appliziert. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Über die zunehmende Häufigkeit der Scabies, von H. W. Stelwagon. (*Med. News.* 23. September 1893.) In Amerika ist die Krätze im letzten Decennium

erheblich häufiger geworden. Für Philadelphia hat Verfasser nachgewiesen, dafs bei sechs Polikliniken die Frequenz von 1,67 % der Hautkranken im Jahre 1880 bis auf 13,52 % (1892) und 14,49 % (1891) gestiegen ist. Ferner haben die Verhandlungen der American Dermatolog. Assoc. für die Städte Boston, New York, St. Louis, Baltimore und Chicago eine Zunahme im allgemeinen von 0,9 % (1880) auf 6,57 % (1890) und 5,39 % (1891) ergeben. — Als wirksame Einreibung für poliklinische Patienten empfiehlt S.: R. Flor. sulphur., Bals. peruvian. āā 30,0, β-Naphthol. 2,0—4,0, Ungt. petrol. oder Adip. benzoat q. s. āā 100,0. S. 6 mal einzureiben in Zwischenräumen von 10—12 Stunden. Daneben werden Flor. sulphur. als Streupulver verwendet und das nötige Baden und andere Vorsichtsmafsregeln nicht vergessen.

Philippi-Nieheim.

Eccema infantile, von M. Merril Ricketts. (*Journ. of the Americ. med. Assoc.* 24. Dezember 1892.) Nahezu 95 % sämtlicher Fälle von Ekzem im Kindesalter führt Verfasser auf übermäfsigen Gebrauch von Seife und Wasser zurück. Er behandelt die Kinder mit täglichen Waschungen von Karbolöl (2 %ig), und wenn dieses nicht hilft, mit 2 %iger Salicylsalbe. Innerlich giebt Verfasser Kalomel, anfangs in vier Dosen von 3 mgr zweistündlich etwa 1—2 Monate hindurch und erklärt den günstigen Effekt von der Einwirkung des Kalomels „auf das System, indem es die sauren Sekretionen in alkalische verwandele." *C. Berliner-Aachen.*

Über die „Eczémas rentrés", von Dubois-Havenith. (*La Policlinique.* 1893. No. 17.) Vortragender stellt die beiden entgegengesetzten Ansichten der Wiener und der französischen Schule (Besnier, Brocq, Vidal, Hardy etc.), der Antireperkussionisten und der Reperkussionisten, einander gegenüber, und erklärt sich auf Grund einer zehnjährigen Erfahrung auf Seite der ersteren, indem er während dieser Zeit niemals schlimme Folgen von einer zu raschen Heilung einer Dermatose zu beklagen gehabt hat. Mit Kaposi nimmt er deshalb an, dafs Affektionen innerer Organe (Pneumonie, Enteritis, Konvulsionen etc.), welche im Verlaufe einer Dermatose (besonders eines Ekzems) oder nach einer solchen auftreten, während letztere selbst verschwindet, nicht als eine Folge, sondern vielmehr als die Ursache dieses Rückganges der Hautkrankheit aufzufassen seien. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Gegen das **Eccema palpebrarum** empfiehlt Trousseau Waschungen und Umschläge von Sublimatlösungen. Man soll mit schwächeren Lösungen, 0,1 : 1000,0, beginnen und allmählich zu stärkeren, 0,5 : 1000,0, übergehen. Die Erfolge seien sehr ermutigend. (*Journ. d. mal. cut. et syph.* 1893. S. 447.) *Türkheim-Hamburg*

Erythema exfoliativum recurrens, von A. H. Ohmann-Dumesnil, St. Louis. (*The St. Louis med. and surg. Journ.* Juli 1893.) Die Litteratur über Erythema scarlatiniforme intermittens oder Erythema exfoliativum recurrens ist im allgemeinen sehr spärlich. Wahrscheinlich kommen Fälle der Affektion häufiger vor, als sie beschrieben werden, oder sie figurieren in der Litteratur unter anderen Namen.

Im folgenden teilt Verfasser die Krankengeschichten von fünf typischen, in der jüngsten Zeit veröffentlichten Fällen mit, bespricht dann ausführlich die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Krankheit. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Histologie und Pathogenese der Ichthyose, von Pierleone Tommasoli. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 537—560 und S. 710—723.) In dieser Abhandlung, deren polemische Spitze sich namentlich gegen Thibierge richtet, trägt der Verfasser mit sehr viel Fleifs und Geschick alles zusammen, was sich zur Stütze für seine Auffassung der Ichthyose als eine „autotoxische Dermitis" sagen läfst. In einem ersten Abschnitte sucht er zu beweisen, dafs die Ichthyose eine thatsächliche

Erkrankung und nicht nur eine angeborene Mifsbildung der Epidermis darstelle; der zweite Abschnitt ist der Ätiologie des Leidens gewidmet.

Als Beweismittel für den ersten Satz wird der Beginn der Ichthyose oft in späteren Lebensjahren angeführt, und T. teilt einen Fall mit, wo sie gar erst im 20. Lebensjahre des Patienten zum Ausbruche kam. Ferner wird auf den Verlauf, auf die Besserungsfähigkeit und die mögliche Heilbarkeit der Ichthyose hingewiesen; und endlich wird sie auf Grund des pathologisch-anatomischen Befundes mit der Keratosis pilaris, der Pityriasis rubra pilaris und mit der Psoriasis verglichen. So wenig, wie es jemandem einfallen wird, die letztgenannten Krankheiten als blofse Hautmifsbildungen zu bezeichnen, ebensowenig sei das bei der mit ihnen verwandten Ichthyose, die wie sie einen Beginn, eine Entwickelung, einen Stillstand und sogar auch Heilung aufweise, statthaft.

Im zweiten Abschnitte wird hervorgehoben, dafs die Ichthyose mit Vorliebe das männliche Geschlecht, und hier namentlich schlecht entwickelte, kranke oder krankhaft veranlagte Individuen befalle; dafs sie auch bisweilen nach einer Gelegenheitsursache auftrete, von den Jahreszeiten abhängig sei, sowie auch einer inneren Behandlung sich zugängig erweise. Alle diese Umstände im Vereine mit einer abnormen chemischen Zusammensetzung des Harns Ichthyotischer weifs Verfasser mit vielem Geschick zu gunsten seiner Auffassung, dafs die Ichthyose die Folge einer allgemeinen Ernährungsstörung, eine Auto-Intoxikation sei, auszulegen. *Türkheim-Hamburg.*

Bramwell hat mit bestem Erfolge in mehreren Fällen von **Psoriasis das Schilddrüsenextrakt** angewendet. Dasselbe wurde innerlich gegeben. Es trat jeweilen sehr rasch Desquamation ein, und die Heilung war nach durchschnittlich drei Monaten, auch in den schwersten Fällen, eine vollständige. Nur in einem Falle, bei einem Epileptiker, welcher gleichzeitig unter Brommedikation stand, verschlimmerte sich die Hautaffektion. Auch bei anderen Dermatosen (Lupus, Ekzem) könne das Präparat Anwendung finden. (Nach *Presse méd. belge.* 1893. No. 46.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Das Gallanol bei der Behandlung der Psoriasis, von Bayet. Zur Kontrolle der sehr günstigen Beurteilung des Gallanols durch Cazeneuve und Rollet hat Verfasser weitere Experimente mit dem Körper (gereinigtes Gallussäure-Anilid) gemacht und kommt zu folgenden Schlüssen;

1. Das Gallanol vermag entschieden günstig auf die Psoriasis einzuwirken, indem es Rötung und Infiltration der Plaques vermindert und auch die Heilung herbeiführen kann, wo andere Topica im Stiche liefsen.
2. Seine therapeutische Wirkung ist bedeutend, schwächer als die des Chrysarobins, welches das Psoriasismittel κατ' ἐξοχήν bleibt.
3. Das Gallanol teilt hingegen gewisse Nachteile des Chrysarobins nicht; es verfärbt die Wäsche und die Haut nicht und kann auf Kopf und Gesicht appliciert werden.

Das Gallanol ist wie das Chrysarobin etc. ein „reducierender" Körper und zwar in höherem Mafse als das Naphtol β. Es wurde vom Verfasser in Konzentrationen von 1 : 30, 1 : 10, 1 : 4 Chloroform, Traumaticin oder Alkohol angewendet.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Dubois-Havenith (*La Policlin.* 1893. No. 21.) bespricht an der Hand von drei Fällen **Pathogenese, Symptomatologie und Therapie der Psoriasis linguae.** Als letztere empfiehlt er: Verbot des Tabak- und Alkoholgenusses, sorgfältigste Mund- und Zahnpflege, Regulierung der Verdauung; Vermeidung von Causticis, Ausspülungen des Mundes mit schwachen antiseptischen Lösungen; wird ein tieferes Eingreifen nötig,

so greife man direkt zum Galvano- und Thermokauter. (Methode von PERRIN-Marseille.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über einen Fall von Cheiropompholyx, von C. BERLINER. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 43.) Verfasser beschreibt einen Fall der zuerst von HUTCHINSON als Cheiropompholyx bezeichneten Krankheit. Dieselbe ist als eine Hautkrankheit zu betrachten, welche vorwiegend schwächliche Personen, namentlich weiblichen Geschlechts, befällt und sich durch Bildung von kleinen, tief unter der Haut gelagerten, sagokornähnlichen Bläschen an den Seiten der Finger charakterisiert. Zum Pompholyx gehört nach ihm im allgemeinen 1. die typische Lokalisation an Händen und Füfsen, 2. der akute, mit Jucken, Brennen und Störungen des Allgemeinbefindens einhergehende Anfang; 3. der akute, benigne Verlauf, 4. der ausgesprochene bullöse pemphigoide Charakter.

Nicht typisch ist die Lokalisation im Gesichte am oberen Hals- und Nackenteile, ferner der erythemartige Ausschlag am ganzen Körper oder an einzelnen Körperteilen.

Der Cheiropompholyx ist, seinem klinischen Bilde nach zu urteilen, als eine mit oberflächlicher Entzündung einhergehende Angioneurose, wahrscheinlich toxischen Ursprungs, anzusehen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum, von Dr. STAUB. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 49.) Verfasser beschreibt einen Fall von Pemphigus bei einer Puerpera, die an der pyämischen Form des Puerperalfiebers schwer darnieder lag. Das Kind war jedoch ganz munter, hatte keine Temperatursteigerung, nahm seine Flasche und gedieh sehr gut. Die Haut seines Körpers war aber dabei viel reichlicher als bei der Mutter mit Blasen bedeckt, die nur etwas kleiner waren; das Kind zeigte einen typischen Pemphigus neonatorum. Verfasser kommt an der Hand anderer in der Litteratur gemachten Erfahrungen zu der Überzeugung, dafs der Pemphigus neonatorum seinen Ursprung einer Infektion intra partum verdankt. Die Beteiligung der Mütter an der Infektion dokumentiert sich häufig durch bald schwerere, bald leichtere puerperale Prozesse, die mitunter mit Pemphigus puerperalis kombiniert sind.

Man mufs daher bei jedem Pemphigus neonatorum auf eine Infektionsquelle (Hebeamme) fahnden, um weiteren Infektionen von Wöchnerinnen und neugeborenen Kindern entgegenzutreten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Behandlung der Impetigo. (*Journ. de méd. et de pratiques.* 1893. No. 15.) Für diese zuweilen sehr hartnäckige Affektion schlägt BROCQ folgende Therapie vor: Zerstäubungen mit Borwasser oder bei reichlicherer Sekretion mit boriertem Nufsbaumblätterdekokt. Fallen auch dadurch die Krusten nicht ab, so werden mit Borsäure bereitete Stärkekataplasmen aufgelegt. Darauf Waschungen mit Borwasser und Bedecken der affizierten Stellen mit Zinkoxydpflaster (dem Borsäure beigefügt worden) oder dem Emplâtre rouge von VIDAL, welche alle 12 Stunden gewechselt werden. An Stelle der Pflaster können eventuell Salben aus: Borsäure 1, Zinkoxyd 3, Vaselin 16 treten. Soll die Wirkung verstärkt werden, so ersezt man die Borsäure durch Kalomel oder gelbes HgO, dem noch Ol. cadini zugesetzt wird, wenn reizende Wirkung erzielt werden soll. Bestehen gleichzeitig Parasiten, so werden diese mit Sublimatlösung (Sublimat 1, Essig 200 und Wasser 300) zerstört. Diese löst nämlich das Chitin auf, welches die Eier um die Haare heftet. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

b. *der Cutis.*

Bakteriologische Diagnose des weichen Schankers, von NICOLLE und VENOT. (*La méd. moderne.* 1893. IV. 59.) Bei 30 positiven Impfungen des Ulcus molle fanden die Autoren bei Färbung mit Anilinwasser Gentianaviolettlösung folgendes:

1. Den Staphylococcus pyogenes albus.
2. Ein saprophytisches Bakterium der Haut.
3. Die spezifischen Ulcus-molle-Bacillen (Ducrey), teils isoliert, teils in Reihen, teils in Haufen, innerhalb oder aufserhalb der Zellen. Sie sind leicht färbbar, entfärben sich nach Gram. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Mikrobion des weichen Schankers, von Mermel. (*Arch. génér. de méd.* August 1893.) Der Verfasser berichtet über alle hergehörigen Arbeiten. Nach Beschreibung des Ducrey-Unna-Kreftingschen Streptobacillus interessiert ihn am meisten, ob der Buboneneiter primär infektiös ist oder es erst nach der Eröffnung wird. Dafs wenig positive Impfresultate vielen negativen gegenüberstehen, sucht er mit Hülfe der Ricordschen Lehre von der Infektiosität des intraglandulären und der Nichtinfektiosität des periglandulären Eiters zu erklären: Die wenig resistenten Mikrobien des Ulcus molle werden, in die Drüse gelangt, vernichtet, nicht aber die gleichzeitig hingelangenden pyogenen Stophylokokken, welche Eiterung in der Drüse bewirken; diese ist also ein Filter für den Streptobacillus. Dafs dieser ins Blut gelangen kann, dafür fehlt, abgesehen von den Gelenkschmerzen, die du Castel und Montillier beim Ulcus molle beobachtet haben, jeder Anhalt.

Eine lokale Immunität scheint für oberhalb des Zwerchfelles gelegene Körperteile zu bestehen; eine allgemeine ist nur in Fieberzuständen vorhanden. — Der Streptobacillus ist nur differenzialdiagnostisch bei der Abgrenzung gegenüber dem Ulcus durum wichtig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologische Untersuchungen über den weichen Schanker und den ulcerierten Bubo, von Dubreuilh und Lasnet. (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1893. No. 11.) Nach den Mitteilungen von Ducrey und späteren von Unna über den konstanten Befund eines „Streptobacillus“ beim weichen Schanker handelt es sich noch darum, zu konstatieren, ob die beiden „spezifischen“ Bacillenarten identisch seien. Aufser zahlreichen anderen Autoren haben sich nun auch D. und L. in affirmativem Sinne hierüber ausgesprochen, und zwar auf Grund einläfslicher Untersuchungen über den Streptobacillus im Eiter und in Gewebsschnitten, seine Morphologie und Biologie, und über die Virulenz der Bubonen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über einen durch Excision geheilten Fall von Ulcus molle serpiginosum, von Dr. Berg. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 48.) Verfasser berichtet über einen Patienten, der mit mehreren Ulcera mollia, das eine am Frenulum, das zweite im Sulcus coronarius, das dritte auf der Rückenhaut des Penis, in seine Behandlung kam. Das erste und dritte Geschwür widerstrebten hartnäckig der angewandten Behandlung, und auch nach Ausätzung des Grundes mit dem Argentumstift, ja sogar mit dem Paquelin zeigten sie keine Heilungstendenz. Verfasser entschlofs sich schliefslich zur Excision in weitester Ausdehnung, von der Erwägung ausgehend, dafs die feste Fascie des Corpus cavernosum dem Weiterschreiten des Entzündungsprozesses in die Tiefe ein entschiedenes Hindernis entgegensetzen würde. Der Patient wurde in der That durch diese Operation geheilt, und in Anbetracht der durchaus gesund aussehenden Haut ist auch kein Recidiv zu erwarten. Mikroskopisch sieht man an dem excidierten Stück eine bis in die Tiefe gehende enorme kleinzellige Infiltration. Besonders interessant ist es zu sehen, dafs an den Rändern in weiter Ausdehnung, selbst da, wo an der Oberfläche überall noch normales Epithel sichtbar war, in der Tiefe schon reichliche kleinzellige Infiltration zu erkennen ist.

Die bisher zur Schau getragene Abneigung vor dieser Operation wegen des grofsen Hautdefekts ist nach seiner Überzeugung in Anbetracht der enormen Dehnbarkeit der Haut des Penis unbegründet. Es würde dadurch, dafs diese Operation

häufiger vorgenommen würde, ein bei weitem gröfserer Teil der mit Primäraffekt behafteten Patienten als bisher der Allgemeininfektion entrissen werden.

L. Hoffmann-Berlin.

Beitrag zum Studium der Anwendung des Europhens beim weichen Schanker, von L. Estay. (*Thèse de Paris.* 1893.) Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor: 1. dafs das Europhen dieselben bakterischen Eigenschaften besitzt, wie das Jodoform, demnach in allen Fällen einfacher und eiternder Wunden gebraucht werden kann, wo bisher das Jodoform verwendet wurde; 2. dafs es bei der Behandlung des weichen Schankers vor dem Jodoform den Vorteil hat, leicht kauterisierend zu wirken (Joddämpfe), keinen unangenehmen Geruch verbreitet, von fünfmal leichterem spezifischen Gewichte und nicht toxisch ist und besser auf der Applikationsfläche haftet.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Versuche, weichen Schanker mittelst Wärme zu behandeln, von Edvard Welander. (*Nordiskt Medicinskt Arkiv.* 1893. No. 20.) Von den Mitteln, die zur Vernichtung der Virulenz des Schankers dienen, haben dem Verfasser bisher Kupferlösung (1:4) und Jodoform die besten Dienste geleistet; als noch besser erwies sich ihm die Wärme. Die Versuche von W. Boeck und Aubert haben gezeigt, dafs die Inokulation von auf 35°—40° erhitztem Schankergift negativ ausfällt. Beobachtungen des Verfassers lehrten ihn, dafs weiche Schanker ohne jede Behandlung heilen, wenn interkurente Krankheiten die Temperatur steigern. Benoit hat auf Schanker warme Sandsäcke aufgelegt, Hebra jun. kontinuierliche warme Bäder, Aubert Halb- und Vollbäder von 40—42° C. mit Erfolg angewendet. Ebenso hat Lorand warme Vollbäder, Arnozan und Vigneron lokale Bäder von 40° C. mit 1‰ Phenylsäurelösung angewendet. All dieses führte Verfasser zu dem Versuche, weiche Schanker lokal mit Wärme zu behandeln. Als schwierig erwies es sich, die Temperatur von 40—42° konstant zu erhalten und die Wärme so zu applicieren, dafs sie alle Teile des Geschwüres trifft. Als am besten erwies sich das Umlegen von Bleiröhren, welche mit einem 50° warmes Wasser enthaltenden Kessel in Verbindung standen. Unterminierte Ränder werden weggeschnitten, das Geschwür mit in warmes Wasser getauchten Bällchen von Baumwolle bedeckt, dann ebenso warm befeuchtete Watte aufgelegt; dann kommen die Bleiröhrchen, zum Schlufs Guttaperchapapier. Bei dieser Behandlung schwindet der gelbe Boden der Geschwüre in zehn bis zwölf Stunden, nach zwei Tagen sind die Wunden fast immer rein, und die Behandlung wird mit Dermatol etc. fortgesetzt. Die Einzelheiten des Verfahrens und die Ergebnisse werden durch eine grofse Anzahl von Fällen illustriert. Bemerkenswert ist noch folgendes: In den 98 Fällen, in denen der Patient noch keinen Bubo bei der Aufnahme hatte, bildete sich auch keiner. 140 Fälle sind im ganzen behandelt, nur bei vier Fällen bewährte sich das Verfahren nicht, da bei drei Brandblasen entstanden, bei einem ein Chancre mixte bestand. Die Behandlung mit Cuprum- oder Jodoformanwendung zu kombinieren erwies sich nicht als vorteilhaft. Die noch günstigeren Resultate mit prolongierten heifsen Bädern von Aubert, die schon in 24 Stunden zur Zerstörung der Virulenz führt, hält Verfasser nicht für so ungefährlich. Auch bei virulenten Bubonen waren die Erfolge gut. Die Fortsetzung der Wärmebehandlung nach der Reinigung der Geschwüre verzögerte die Heilung.

Erwähnt sei noch, dafs Verfasser in einer Anmerkung hinzufügt, dafs ihm die Behandlung der Bubonen mit Injektionen von benzoesaurem Quecksilberoxyd, die er empfohlen, später nicht so günstige Resultate gegeben hat und daher von ihm wenig mehr geübt wird. Es ist das sehr zu bedauern, da man daraus den Schlufs ziehen mufs, dafs die Methode nicht genügend geprüft war, als sie publiziert wurde. Es kann das wieder nur eine Warnung für die Empfehlung neuer Behandlungsmethoden sein,

deren Prüfung oft anderen Forschern noch Mühe macht, wenn derjenige, der sie zuerst empfohlen, sie schon ad acta gelegt hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dr. Welanders Wärmebehandlung des weichen Schankers, von Lorand. (*Wiener med. Wochenschr.* 1893. No. 40.) Boeck und Aubert haben gezeigt, dafs die Wärme die Wirkung des Schankergiftes beeinträchtigt, darauf hat Welander seine Wärmebehandlung der Schanker begründet. Die Ränder der unterminierten Geschwüre werden weggeschnitten, diese mit in Wasser getauchten Baumwollläppchen bedeckt, die überall fest an den Grund angedrückt werden; darüber kommen in warmes Wasser getauchte Watte und darüber in Windungen bleierne Röhrchen, durch welche 41° warmes Wasser fliefst. Watte und Guttaperchapapier werden von aufsen noch umbunden. Diese Verbände werden dreimal täglich gewechselt; natürlich liegt der Kranke dabei zu Bett. Nach zwei Tagen sind selbst ausgebreitete Geschwüre gereinigt und nicht mehr kontagiös. Der gelbe Boden verschwindet in 10—12 Stunden, die Infiltration der Umgebung schwindet, die Sekretion hört fast auf, und nach zwei Tagen granuliert die Wunde ausgezeichnet. Durch weitere Wärmebehandlung wird die Heilung beschleunigt, sie ist dann aber nicht mehr nötig; Welander giebt nach Beendigung derselben Dermatol. Der gröfste Vorteil ist die Verhütung von Bubonen; in 118 Fällen, in denen zeitig Wärme angewendet wurde, trat kein Bubo auf. Wo noch keiner vorhanden ist, tritt nach Einleitung der Wärmebehandlung auch sicher keiner auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Bubonenbehandlung, von F. S. Watson. (*Journ. of cut. and genito-urinary dis.* 1892. No. 2.) Bei streng chirurgischer Behandlung von 20 Bubonen dauerte der Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt 16 Tage (11—28). Grofser Hautschnitt, Ausschabung mit scharfem Löffel, Abtragung nekrotisch werdender Hautstücke, möglichst aseptische Operation, sorgfältige Blutstillung; wo nicht prima intentio zu erwarten war, Jodoformgaze-Tamponade. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die pathologische Anatomie und die Bakteriologie der Lymphangitis der Extremitäten, von Fischer und Levy. (*Dtsch. med. Zeitschr. f. Chir.* 1893. Bd. 36.) Verfasser prüften die auf vier Beobachtungen gestützte Behauptung von Verneuil und Clado, wonach Lymphangitis und Erysipel identiche Prozesse, Folgen des Streptococcus erysipelatis sind, nach. Da es nicht gelang, bei Tieren Lymphangitis hervorzurufen, waren sie auf Kranke angewiesen. Kulturversuche mit Flüssigkeit, die durch Einstechen längs den Lymphstreifen gewonnen waren, fielen negativ aus, deshalb excidierten sie kleine Gewebsstücke, härteten einen Teil in Alkohol, während sie den anderen bakteriologisch untersuchten; lymphangitische Prozesse wurden mit der Spritze punktiert. Es handelte sich um acht reine Fälle von Lymphangitis, acht lymphangitische Abscesse und zwei sogenannte Lymphangitis reticularis (Chassaignac). Bei den reinen Lymphangitiden fanden sie:

5 mal Streptococcus albus,
1 „ Staphylococcus aureus,
1 „ Bacterium coli,
1 „ Staphylococcus aureus und albus.

Aus den lymphangitischen Abscessen wuchs:

4 mal Staphylococcus albus,
2 „ Streptococcus pyogenes,
1 „ Staphylococcus albus und aureus,
1 „ Staphylococcus albus und Streptococcus.

Bei der retikulären Lymphangitis ging Staphylococcus albus auf. Der mikroskopische Nachweis wurde an Präparaten geführt, die nach Gram und Weigert gefärbt

und mit Alaunkarmin gegengefärbt waren. Es zeigte sich da, daſs die Lymphgefäſse von Lymphthromben geschlossen waren, die den Hauptsitz der Mikroorganismen bildeten; sonst bestand nur geringe Rundzellinfiltration der Wände und Umgebung. Die kapillaren Blutgefäſse waren von einer viel mächtigeren Leukocytenansammlung umgeben. Beziehungen der Wanderzellen zu den Bakterien lieſsen sich nicht nachweisen.

Die weitaus gröſste Mehrzahl der Lymphangitiden war also von Staphylokokken erzeugt. Jedenfalls ist die Lymphangitis kein ätiologisch einheitlicher Prozeſs und nicht mit dem Erysipel zu identificieren, kam doch sogar einmal Bacterium coli vor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Pyodermitis, von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 385.) Unter Pyodermitis versteht L. jede mit Eiterung verbundene Hautkrankheit: Impetigo, Ekthyma, Phlyktänen, Folliculitis, Perifolliculitis, Sykosis, Furunkel, Anthrax, Adenitis u. s. w. Die Eiterung wird allemal durch Kokken, Staphylococcus aureus und albus, Streptococcus, erzeugt und unterhalten. Diese Kokken sind entweder in den Körpergeweben seit langem vorhanden und dringen von innen auf die Hautoberfläche — so erklären sich in der Rekonvalescenz von schweren Krankheiten die so häufigen Hauteiterungen —, oder sie gelangen von auſsen auf die Haut: sei es, daſs der Kranke bereits Träger eines Eiterherdes ist, sei es, daſs die Kokken und mit ihnen die Eiterung durch Berührung mit fremdem lebenden — Menschen und Tiere — oder totem — Verbandstoffe u. s. w. — Material auf ihn übertragen werden. Leloir erschöpft alle diese Möglichkeiten gegen seine Gewohnheit in weitschweifiger Weise.

Die Behandlung soll eine prophylaktische und antiseptische sein. Zu letzterem Zwecke teilt Leloir eine groſse Reihe von Salben mit und ergeht sich besonders ausführlich über die Behandlung des Karbunkels, für den er eine sehr zusammengesetzte Salbe als besonders empfehlenswert preist. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Infektion mit Staphylococcus aureus, von Robin und Leredesse. (*Arch. de méd. expérim. et anatom.-pathol.* September 1893.) Ein 25jähriger Tagelöhner zeigte: Hartes Ödem des Gesichts, der Nase, des linken Mundwinkels, livide Färbung der Augenlider, Infiltration der Hornhaut, violette Färbung der geschwollenen, harten elastischen Lippen. Die Schwellung dehnte sich bis zum Ohr, Unterkiefer, Hals aus. In der Mitte des geschwollenen Gesichtes eiterige, kleine Bläschen. Schleimhäute normal; Temperatur 40,2; nachts Delirien; starke Dyspnoe; rechtsseitige Pleuritis. Acht Tage vorher waren bei vollkommenem Wohlbefinden die Pusteln aufgetreten. Härte, Farbe, Fehlen einer Grenzlinie lieſsen Erysipel ausschlieſsen. Es handelte sich also um eine Lymphangitis nach einfachem Herpes labialis. Exitus letalis. Die Autopsie ergab einen lobulären Lungenabsceſs, eiterige Pleuritis, Kongestion des unbeteiligten Lungengewebes. Verursacht waren die Läsionen durch den Staphylococcus aureus, von dem das Blut eine Reinkultur enthielt. Auch in der Wange und den Lungen war er nachweisbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Septische Infektion eines Neugeborenen mit gangränöser Zerstörung der Haut und des Unterhautzellgewebes mit Ausgang in Heilung, von F. Theodor. (*Arch. f. Kinderheilkunde.* Bd. XV. pag. 358.) Ein 13 Tage altes Kind erkrankte mit Unruhe, Appetitlosigkeit, Stöhnen; tags darauf Schwellung der äuſseren Labien und der Symphysengegend; es bildet sich eine starke entzündliche Infiltration. Nach Incisionen und Umschlägen mit essigsaurer Tonerde tritt Besserung ein, jedoch schwollen die beiden Unterschenkel vom Knie bis zu den Zehen stark an, an der äuſseren Kante des Fuſsrückens und der Tibia bildeten sich schwarzblaue Verfärbungen. An den Stellen trat Gangrän ein, und es entstanden tiefe Geschwüre mit unter-

minierten Ränder. Tiefe Incisionen und Sublimatumschläge brachten schliefslich Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur experimentellen Prüfung des Erysipelcoccus, von H. Roger. (*Rev. de méd.* 1893. pag. 929.) R. kommt zu folgenden Schlüssen: Intravenös Kaninchen injicierter Streptococcus bewirkt bald akute Septikämie, bald chronisch fortschreitende Kachexie, bald Poliomyelitis mit Atrophie der Muskeln der Hinterbeine. Subkutan erzeugt er, je nach dem Grade der Virulenz, tödliche Septikämie ohne Lokalaffektion, gangränisierendes Erysipel oder einfachen Abscefs. Die Durchschneidung des Halssympathicus beschleunigt die Heilung des Impferysipels, verhindert das Absterben des betreffenden Ohrs, während Durchtennung der sensibeln Nerven entgegengesetzt wirkt. Immunität kann durch intravenöse Injektion von abgeschwächten Kulturen oder 5—30 ccm des Filtrats der auf 110° erwärmten Kulturen oder durch subkutane Impfung mäfsig virulenter Kulturen erzeugt werden. Bei Luftabschlufs produziert der Streptococcus tödlich wirkende Toxine, die durch Alkohol gefällt, durch Hitze zerstört werden. Das Filtrat vorher nicht erwärmter Kulturen vermindert in Dosen von 0,5—12 ccm die Widerstandsfähigkeit gegen die Infektion mit Streptokokken. Dieselben, im Blutserum immuner Tiere gezüchtet, sind wenig oder gar nicht virulent, dagegen werden sie es in hohem Mafse, wenn sie im Serum von Tieren gezüchtet sind, welche durch Injektion des Filtrates nicht erwärmter Kulturen prädisponiert sind. Ob das Serum dieser Tiere die Virulenz steigert oder die Widerstandsfähigkeit der Tiere verhindert, bleibt fraglich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Lehre von der Identität des Streptococcus pyogenes und des Streptococcus erysipelatis, von R. Knorr. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 29.) Im Anschlufs an eine Phlegmone des Metakarpophalangealgelenks entstanden bei einem Patienten multiple pyämische Abscesse; dazu gesellte sich vier Wochen später plötzlich ein von einem Dekubitalgeschwür ausgehendes Erysipel, welches den Tod herbeiführte. Die Vergleichung des aus dem Abscefs und unter aller Vorsicht dem Erysipel entnommenen Streptococcus ergab, dafs morphologisch wie in Bezug auf die Virulenz kein Unterschied bestand, und in diesem Falle beide Arten deshalb zu identificieren sind. Der Coccus ist nach der Behringschen Klassifikation der Streptococcus longus IIb. *Jessner-Königsberg i Pr.*

Mittelst eines eigens hiezu konstruierten Apparates gelang es Roux, aus der Luft verschiedener Spitalräumlichkeiten des Hôtel Dieu **Reinkulturen des Erysipelcoccus** zu züchten. Als Nährboden diente ihm das bereits früher von ihm empfohlene saure Malzdekokt. Auf Meerschweinchen inokuliert, erzeugten die Kulturen eine dem Erysipelas bullosum ähnliche Eruption. (*Lyon méd.* 1893. No. 8.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Eine Beobachtung von Erysipel während des Wochenbettes, von Galloupe. (*Bost. med. and surg. Journ.* 17. August 1893.) Nach eingehenden Mitteilungen über die Natur des Erysipels und über die Beziehungen des Fehleisenschen Streptococcus zum Erysipel, Puerperalfieber, Pneumonie kommt Verfasser zu seinem Thema: der Gefährlichkeit des Erysipels für Schwangere. Winckel hat bekanntlich Fälle von „internem puerperalen Erysipel“ beschrieben. Verfasser hat zwei Fälle von Erysipel im Wochenbett gesehen. Das eine safs an der Nase und lief ab, ohne das Wochenbett zu stören. Das andere ging von einem kleinen Dammrifs aus, breitete sich über Bauch und Schenkel aus, ohne aber die inneren Genitalien zu befallen. Die Patientin genas. Verfasser verwahrt sich dagegen, dafs er mit seinen Händen oder Instrumenten die Infektion verursacht habe, möchte mehr die Schuld der Hebamme zuschieben, die schmutzige Stopftücher vorgebunden hatte. *F. Hahn-Bremen.*

Gasiorowsky und Rutkowski (*Przegl. lek.* 1893. No. 19 u. 25) berichten über je einen Fall von **Erysipelas gangraenosum scroti.** In dem ersteren mufste die Kastration ausgeführt werden, indem die Skrotalhaut fast in ihrer ganzen Ausdehnung gangränös zerfallen war und die Hoden vollständig frei lagen. Im anderen Falle überdeckten sich dieselben mit Narbengewebe. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Beziehung zwischen Erysipel und Ohr, von Haug-München. II. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft den 20. u. 21. Mai 1893 in Frankfurt a. M. (*Prager med. Wochenschr.* 1893. No. 37.) Das Ohr kann primär und sekundär vom Erysipel ergriffen werden; letzteres ist das häufigere; das äufsere und auch das mittlere Ohr werden betroffen, das innere bleibt stets verschont, zeigt höchstens vorübergehende, kongestive Hyperämie. Man kann leichte und schwere sekundäre Erysipele unterscheiden. Erstere erzeugen Exsudation an der Muschel und im äufseren Gehörgange Schwellung und Blasenbildung; Furunkel, Ekzem können nach Ablauf des Erysipels die Heilung verzögern. Die schweren Erysipele machen nicht vor dem Trommelfelle Halt, bewirken Otitis media, Erkrankung des Warzenfortsatzes mit Bildung eines Empyems oder subperiostalen Abscesses; jedoch wurde nach den Beobachtungen des Verfassers der Knochen auffallenderweise niemals kariös. Eiterung unter der Decke des Warzenfortsatzes kann auch ohne Trommelfellperforation eintreten. In der Regio parotideo-masseterica kann es zur Abscefsbildung kommen, indem der Prozefs durch die Santorinschen Incisuren sich fortpflanzt. Auf anderem Wege kann sekundäres Erysipel des Ohres entstehen, wenn dasselbe sich von der Nase durch die Tubenöffnung auf dasselbe fortpflanzt. Primäres Erysipel des Ohres geht von Verletzungen (Ohrringstechen), von juckenden Hautleiden am äufseren Ohre aus, kann nach Entfernung von Ceruminalpfropfen entstehen etc. Bei Otitis media kann ein hinzutretendes Erysipel durch Fortpflanzung auf die Rachenschleimhaut besonders gefährlich werden. Vier Krankengeschichten illustrieren die Mitteilung.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur mechanischen Behandlung des Erysipels, von Dr. Dietz-Barr. (*Therap. Monatsh.* 1893. Heft 10.) Verfasser berichtet über die günstige Wirkung des zuerst von Dr. Kröll in Strafsburg angegebenen Verfahrens zur Behandlung des Erysipels. Er erprobte dasselbe an einer Patientin mit einem Erysipel des linken Handrückens. Die mechanische Abgrenzung durch Druck auf die Haut vermittelst Heftpflasterstreifen bezw. Kautschukstreifen hinderte in diesem Falle das weitere Fortschreiten des Erysipels. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Behandlung des Erysipels. Vorläufige Mitteilung, von H. Köster. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 38.) In 50 Fällen von Erysipel hat Verfasser die erkrankten Teile nur mit einer dünnen Schicht weifser Vaseline bepinselt, darüber Leinen, event. in Form einer Gesichtsmaske, gelegt und das Ganze mit Binden befestigt. Dieses einfache Verfahren hat sehr günstige Resultate gegeben; in einigen Fällen waren dieselben sogar überraschend. Auch am behaarten Kopfe ist die Methode verwendet. Genauerer Bericht soll folgen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bard berichtet (*Lyon. méd.* 1893. No. 44) über fünf Fälle von **Gesichtserysipel,** die er mit Aufpinselungen von Guaiakol (1—2 g) behandelte. Bemerkenswert ist dabei der rasche (zuweilen andauernde) Temperaturabfall, der nur selten ausblieb. Der Mechanismus dieser Defervescenz ist schwierig zu erklären. Wahrscheinlich ist die Wirkung des Guaiakols dabei eine doppelte, indem es einerseits die Erregbarkeit der thermischen Zentren herabsetzt, andererseits eine direkte auflösende Wirkung auf die afficierten Gewebe selbst durch Beeinflussung der Vasomotoren herbeiführt.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Behandlung des Gesichtserysipels mit dem salpetersauren Akonitin, von Tison. (*Presse méd. belge.* 1893. No. 37.) Die Patienten erhalten zunächst ein Brechmittel oder Laxans und gleich nach der Wirkung 0,001 Aconitinum nitricum, das in 24 Stunden in einer Mixtur verbraucht werden muſs. Gleichzeitig werden die afficierten Stellen mit einer gesättigten Lösung von Kampfer in Äther bepinselt. Nachdem die Entzündung verschwunden ist, werden Lysolwaschungen (1%) und Vollbäder verordnet.

Taucht man eine Platinnadel in eine Kultur des Streptococcus erysipelatis, darauf in obige Akonitinlösung und wäscht sie dann ab, so erhält man nur unvollkommene Kulturen. Nach einem Aufenthalte von zwei Minuten in der Lösung entwickelt sich der Coccus nicht weiter. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Heilung des Erysipels durch eine Wasserauflösung von Thiolum liquidum, von N. K. Rudnew. (*Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 95.) In 15 Fällen von Erysipel hat Verfasser mit Thiolum liquidum, am besten in 40%iger Lösung, gute Erfolge erzielt. Zuerst wurde die gesunde Haut der Umgebung, dann die afficierte bestrichen, und die fünfmal täglich wiederholt; die Haare wurden zuvor abrasiert. In drei Fällen gelang es, den Prozeſs in einem Tage zum Stehen zu bringen; in den anderen sank die Temperatur am 2.—4. Tage auf die Norm. In 14 Fällen war das Gesicht, einmal das rechte Schienbein ergriffen. Schwere Komplikationen hat Verfasser niemals gesehen. Einige Male erweichten die Halslymphdrüsen und bildeten tiefe Fistelgänge, in den übrigen schwollen die Drüsen ab und heilten, wenn sie zerfallen waren, schnell aus. Neben Thiol wurde noch innerlich bei der Aufnahme der Patienten 0,6 Kalomel, bei hoher Temperatur Chin. sulf., zweimal täglich 0,6, verordnet, auſserdem Mandelmilch und Kampfer (0,6—0,9 pro die), das schon Porogoff als sehr wirksam empfohlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Bakteriologie des septischen Emphysems (Bacterium coli commune als Erreger desselben), von Chiari. (*Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 1.) Die Untersuchung eines Falles von Gangrène foudroyante (Maisonneuve) bei einer wegen diabetischer Gangrän Amputierten ergab im Gewebssafte, in den Schnitten und im Blute nur eine Art Stäbchen, das sich als identisch mit dem Bacterium coli commune erwies. Kulturen bewirken tödliche Septikaemie; ein Emphysem zu zeugen, gelang nicht. Verfasser hält daher das Bacterium coli commune für den Urheber dieses Leidens, ohne auszuschlieſsen, daſs auch noch andere Mikroorganismen dasselbe hervorrufen. (Mittlerweile ist die Frage durch die E. Fraenkelsche Arbeit über Gasphlegmonen sehr geklärt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Gasphlegmone unter Mitbeteiligung des Bacterium coli, von Dr. Freiherrn v. Dungern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 40.) Nach einer Exstirpatio recti entwickelte sich eine Gasphlegmone gleichzeitig mit einer eiterigen Peritonitis. Die bakteriologische Untersuchung ergab anaerob wachsende Streptokokken und hauptsächlich Bacillen, die in jeder Beziehung dem Bacterium coli glichen; das Wachstum auf den verschiedensten Nährböden, die Milchkoagulation, die Indolreaktion, das Resultat des Tierversuches ergaben dieselben Ergebnisse. In überschichteter Gelatine entwickelte das Bacterium coli sehr starke Gasbildung. In oberflächlich gewachsenen Kulturen war eine deutliche Kapselbildung sichtbar, aber nur nach vorhergehender Färbung mit Gentianaviolett. Die Kapseln färbten sich auch nach der Löfflerschen Geiſselfärbungsmethode. Es stellt diese Kapselbildung eine der verschiedenen Varietäten des Bacterium coli dar. — Die Infektion ist in diesem Falle vom Darme (retroperitonealem Bindegewebe) ausgegangen. — Gasbildung bei Tieren zu erzielen, gelang durch Infektion nicht. Daſs der von Fränkel beschriebene Bacillus übersehen worden wäre, ist ausgeschlossen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die sogenannten „Psorospermien" der Darierschen Krankheit. von Walther Petersen. (*Centralbl. f. Bakter. u Parasitk.* 1893. No. 15.) Die von Darier selbst als „Psorospermose folliculaire végétante" beschriebene Krankheit hat bei der Bedeutung, die man den Protozoen als Krankheitserreger beizulegen jetzt geneigt ist, grofses Interesse. Es handelt sich dabei bekanntlich um die Bildung schwärzlicher Hornpfröpfe in der Haut, die vereinzelt stehen oder an gröfseren Plateaus zusammenfliefsen. Histologisch sieht man den Pfropf keilförmig fast bis zum Papillarkörper reichen; in den oberen Cutisschichten und auch in der Oberhaut findet man zellige Infiltration. Die Papillen sind unterhalb des Pflockes verschwunden, zur Seite desselben verlängert, selbst dendritisch verzweigt. Den nach Darier konstanten Ausgang an den Follikeln fand Verfasser nur in der Hälfte der Efflorescenzen. Mitosen, völliger Mangel des Pigments, Lockerung der Zellen der Stachelschicht und Körnerschicht, die in der Entwickelung sehr wechseln, Kleinheit der verhornten Zellen fallen auf. Eleidin und Keratohyalingehalt gehen einander parallel. In der Stachelschicht findet man die „corps ronds", in den Hornpflocks selbst die „grains", die Darier als Psorospermien auffafst. In dem Pflocke sieht man auch noch kernhaltige Zellen. Die von Buzzi und Boeck gefundenen Spalten und Lakunen in der Haut hält Verfasser für Kunstprodukte. Es handelt sich also um eine Hyper- und Parakeratose mit leichten Veränderungen in der Cutis. Zur weiteren Untersuchung auf die sogenannten Psorospermien bewährte sich am besten Pikrokarmin oder Hämotoxylinfärbung, letztere so abgeändert, dafs man die in dünner Lösung überfärbten Schnitte auf $^1/_2$—2 Minuten in eine Lösung von Ferr. sulf. oxyd. bringt und dann in Salzsäurealkohol differenziert. Darier betrachtet die „corps ronds" (runde Körper von der Gröfse einer Epithelzelle, umgeben von einer stark lichtbrechenden, doppelt konturierten Membran, ähnlich wie Knorpelzellen mit granuliertem Protoplasma und deutlichem Kern) und die „grains" (kleiner, weniger färbbar) als Parasiten, weil

1. er keine Übergangsformen zu normalen Zellen fand,
2. ihre dicke, stark lichtbrechende Membran bei höheren Wirbeltieren sonst nur an Knorpelzellen zu sehen ist,
3. sie intracellulär liegen.

Übergangsformen sind nun nach Boeck, Krösing und dem Verfasser reichlich zu finden. Er unterscheidet zwei Abweichungen der normalen Verhornung:

1. mit Keratohyalinstadium,
2. ohne Keratohyalinstadium.

Die erstere kommt hier hauptsächlich in Betracht. Die normale Keratohyalinzelle zeigt schon einen körnerfreien Kernring und Mantelring; rücken diese homogenen Zonen aufeinander zu, so erhält man schliefslich, wenn nur noch eine etwas schmale Grenzlinie bleibt, völlig dasselbe Bild, wie es die „corps ronds" von Darier bieten. Schwindet auch das letzte Keratohyalin, so wird die Zelle kleiner, wir haben die „grains", in denen sich aber noch lange Kernring und Mantelring wegen verschiedener Brechung von einander abheben, bis die Differenz schliefslich ganz schwindet. Dafs diese „grains", wie Darier meint, die Hauptmasse des Hornpflockes ausmachen, giebt Verfasser nicht zu, wenn man die nach zweitem Typus der Verhornung (Nägel, Barthaar, Oberhäutchen des Papillenhaares) entstehenden Hornzellen nicht zu ihnen zählt. Die lichtbrechende Membran ist also nur eine homogene, frühzeitig verhornte Randschicht der Epithelzelle. Die intracelluläre Lage endlich hat Verfasser nur ganz ausnahmsweise gefunden; wo sie vorhanden ist, läfst sie sich erklären ohne Zuhülfenahme von Parasiten. Die anfangs an Volumen zunehmende verhornende Zelle dellt ihre

weichen Nachbarn ein, bis sie schliefslich von ihm umschlossen wird oder das Bild intracellulärer Lage entsteht durch Konfluenz mehrerer Zellen. Wenn Buzzi und Miethke die Zellen immer intracellulär sahen, so beruht das auf einer irrigen Auffassung der oben geschilderten Grenzlinie zwischen Kern- und Mantelring; die Erklärung dieser Autoren durch endogene Zellbildung kann nicht acceptiert werden. Positiv gegen die Annahme von Parasiten spricht: Die geschilderten Körper werden auch zuweilen ganz vermifst, finden sich andererseits auch im Angiokeratom (Buzzi) und in Hauthörnern etc. (Unna). Verfasser fand sie in spitzen Kondylomen. In denselben findet sich stets Keratohyalin, resp. Eleidin. Die Entwickelungsstadien der eigentlichen Psorospermien ähneln den „corps ronds“ und „grains“ sehr wenig. Die Übertragung und Züchtung gelang nie. Die Widerstandsfähigkeit dieser Zellen gegen Verdauungsversuche und Chemikalien spricht weder für noch gegen die Drierssche Ansicht. Die Schlüsse des Autors lauten:

1. Es finden sich zwischen den fraglichen Gebilden und den Epidermiszellen alle wünschenswerten Übergangsformen.

2. Eine intracelluläre Lage findet sich nur selten und ist dann durch rein mechanische Verhältnisse erklärlich.

3. Ihr Auftreten in den Efflorescenzen der Darierschen Krankheit ist nicht konstant.

4. Die gleichen oder sehr ähnliche Gebilde finden sich bei verschiedenen Hyper- und Parakeratosen, wo ihre Herkunft von Epidermiszellen doch deutlicher ist.

5. Sie enthalten in bestimmten Stadien Keratohyalin und Eleidin.

6. Sie zeigen weder im Präparate noch im Brütofen Formen, welche mit den Entwickelungsstadien bekannter Psorospermien übereinstimmen.

7. Übertragungs- und Kulturversuche fielen negativ aus.

Es ist also nicht zweifelhaft, dafs die „corps ronds“ und „grains“ nicht Psorospermien, sondern Degenerationsformen von Epidermiszellen sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Garnault (Ref. *Rif. med.* 1893. No. 255) berichtet über einen Fall vollständiger **Heilung** eines über Zweilirestück grofsen **Epithelioma faciei mittelst Elektrolyse;** Stromstärke: Zehn Milliampères. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zellenspezificität beim Epithelialkrebs. Aus den Untersuchungen von Maurice Cazin und Duplay geht hervor, dafs der Zellinhalt bei Kolloidkrebsen oft nicht einen Degenerationsprozefs darstellt, sondern vielmehr das Resultat einer physiologischen Evolution derjenigen Elemente, welche aus einer Oberfläche stammen, die normalerweise Schleimzellen enthält (Darm). In den späteren Generationen wandelt sich die Schleimsubstanz in Kolloid um. (Nach *Rif. med.* No. 212.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die parasitäre Ätiologie des Carcinoms, von Steinhaus. (*Przeglad chirurgiczny.* Bd. 1. Heft 2.) Die Nachforschungen des Verfassers in den bisher über diesen Gegenstand erschienenen Arbeiten, sowie eigene Experimente führen ihn zum Schlusse, dafs alle Mitteilungen über Mikroorganismen-Entdeckungen als Ursache des Carcinoms auf Irrtum beruhen. Auch die Ergebnisse der Experimente von Hansen, v. Eiselsberg, Wehr etc., welche durch Inokulation an Krebspartikeln von einem Tiere auf das andere Carcinom übertragen wurden, hält er für unzureichend zur Erledigung der Frage, indem es sich dabei keineswegs um eine eigentliche carcinomatöse Infektion gehandelt habe, sondern lediglich um ein ferneres Wachstum der transplantierten Gewebsstücke, ähnlich wie es bei der Metastasenbildung geschieht. Hinsichtlich des Coccidienbefundes beim Carcinom (Thoma etc.) will er zwar die parasitäre Natur der

betreffenden Gebilde nicht bestreiten, spricht ihnen aber vorläufig jede ätiologische Bedeutung ab. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Sarkoma cutis, von Kutiak. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 40.) Bei einem 42jährigen Hausierer entwickelte sich im Laufe mehrerer Jahre die Form des Hautsarkoms, die Kaposi als idiopathisches, multiples Pigmentsarkom bezeichnete. Zuerst entstanden schmutzig braun-blaue Flecken am Oberschenkel, später an dem Handrücken, den Vorderarmen, den Fufssohlen, der Wade etc. Später entwickelten sich Knoten, die zum Teil zu blumenkohlartigen Gewächsen wurden. Keine Therapie nützte, nur warme Bäder linderten die Beschwerden des immer mehr verfallenden Kranken.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung des Sarkoms mit toxischen Produkten des Erysipels, von W. B. Coley. (*Dominion med. monthly.* September 1893.) Von 20 Carcinomfällen, die mit Erysipeltoxinen behandelt wurden, wurden drei geheilt und einer sehr günstig beeinflufst. Die übrigbleibenden Fälle besserten sich, und die Lebensdauer der Patienten konnte verlängert werden. Nur ein Fall endete infolge der Einimpfung letal. Was das Sarkom betrifft, so wurden von 19 Fällen 8 gut in Zeiträumen von 1—7 Jahren nach dem Erysipelanfalle. Zwei starben in Folge des Erysipels. Im Allgemeinen ist Verfasser mit den erlangten Resultaten sehr zufrieden und glaubt bestimmt, dafs die Injektionen mit Kulturen des Erysipelcoccus einen günstigen Einflufs auf maligne Tumoren ausüben. *C. Berliner-Aachen.*

Gémy behandelt die **Condylomata accuminata** in der Weise, dafs er 2—3 mal täglich, nach jedesmaliger Abwaschung mit verdünntem Liquor van Swieten, auf die Exkrescenzen ein aus Acid. salicyl. und Sabina āā bestehendes Pulver aufstreut und den Überschufs mit Watte abwischt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von multiplen Papillomen an Tonsille, Zunge und Epiglottis. Ein Beitrag zum Wachstum der entzündlichen Papillome, von F. Lange. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 50. S. 163.) Die Untersuchung der im Titel genannten Papillome und spitzer Kondylome ergab: Zuerst verdickt sich das Epithel durch Vermehrung der Stachelzellen und hebt sich unter Entwickelung gefäfshaltigen Bindegewebes halbkugelig oder wallartig empor. Die Papillen bilden sich durch Einwachsen der Kapillarschlingen; in ihrer Umgebung vermehren sich die Epithelzellen lebhaft. Das alte Epithel der Hornschicht reifst ein und wird teilweise abgestofsen. Die im Epithel vorhandenen Leukocyten bilden umschriebene Herde und besorgen vielleicht die Fortschaffung funktionsuntüchtiger Epithelzellen, oder sie bilden Züge von Bindegewebe zur Oberfläche da, wo das Epithel verletzt ist und Bakterien angesiedelt sind. Die Entzündung und die Abstofsung der das Wachstum hindernden Hornschicht bedingen die Entwickelung der Papillome. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der Parasit des Molluscum contagiosum, von R. Campana. (*La Rif. med.* 1893. pag. 126.) Gehärtete Präparate eignen sich zum Studium der Molluscumkörperchen nicht, weil man die charakteristischen Formen nicht erkennen kann, nur die Kapseln und einige Körper im Innern sieht. Dieses lehrte den Verfasser der Vergleich mit so behandelten Präparaten von Kaninchengregarinen. Die Untersuchung frischer, aus dem Molluscumbrei bereiteter Präparate gab identische Bilder mit der Gregarinose der Kaninchen. Man sieht rundliche Gebilde mit Kapseln und perlenartigem Inhalte, mitunter mit doppeltem Kontur und kleinen, unregelmäfsig rundlichen Körperchen im Innern. Dennoch will Verfasser es dahingestellt sein lassen, ob es sich beim Molluscum contagiosum um eine echte Gregarinose handelt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Molluscum contagiosum, von D. W. Montgomery. (Aus *Dominion med. monthly.* September 1893.) Redner bespricht kurz den Stand der Psorospermosenlehre und beschreibt die Histologie des Molluscum contagiosum von einem excidierten Tumor. Die mikroskopische Untersuchung habe wohl Mikrokokken, aber keine solche Mikroorganismen ergeben, welche als die Ursache der Krankheit hätten angesehen werden können. *C. Berliner-Aachen.*

Universelle Pigmentose mit molluskoiden Neurofibromen, von Louis Philippson. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 27.) Die Mutter der 19jährigen Patientin, ebenso wie deren Mutter hatten in der rechten Inguinalgegend ein gelapptes schmutzig-braunes Fibrom. Im zehnten Jahre nach der Excision einer bohnengrofsen, farblosen Warze in der Genitalgegend entstand allmählich eine gelbliche Färbung des Gesichtes und Rumpfes und eine fleckig bräunliche Verfärbung über den ganzen Körper. Dazu gesellte sich ein nur im Frühjahre nachlassendes Jucken. Es fanden sich neben der diffusen Pigmentierung zahlreiche kaffeebraune Flecke, dazwischen kleine weifse Narben (Kratzeffekte!), mehrfach in der Haut weiche, dem Fingerdrucke nachgebende, erhabene, gerunzelte Stellen; der Finger dringt hier wie durch ein Loch in die Cutis. Hände und Schleimhäute sind frei. Verfasser schliefst das Xeroderma pigmentosum aus, weil keine Epithelialcarcinome vorhanden sind, die Pigmentierung gerade im Gesichte und an den Armen schwächer ist, Atrophien und Teleangiektasien fehlen, die Geschwister gesund sind. Duhring, Kaposi, Rüder haben allerdings Fälle von Xeroderma pigmentosum beschrieben, die diesem Falle ähnlich sind. Die kleinen, weichen Neubildungen erwiesen sich histologisch als Fibrome, die, reich an Nervenfasern, den v. Recklinghausenschen Neurofibromen entsprechen. Verfasser citiert einen ähnlichen Fall von Audry und Fabre. Die Therapie beeinflufste das quälende Jucken in sehr günstigem Sinne. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Hämorrhoiden, von Angelo Nannotti-Pisa. (*Rif. med.* 1892. No. 170.) Verfasser gelangt auf Grund von Leichenuntersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die äufseren und inneren Hämorrhoiden können unabhängig von Krankheiten der Leber und Cirkulationsstörungen im Pfortadergebiete auftreten.
2. Allgemeine Cirkulationsstörungen sind nur dann als ätiologische Momente aufzufassen, wenn auch noch Varicen in den anderen disponierten Körperteilen bestehen.
3. Meist sind die Ursachen rein örtliche; tonische Kontraktur, Hyperämie, Hypertrophie der Muskelschichten des Rectums sind die Hauptfaktoren.
4. Die pathologisch-anatomisch begründete Erklärung wird gestützt durch die guten Erfolge mittelst der Divulsion des Sphincters, die den Kontraktionszustand der Muskeln beseitigt.
5. Die Divulsion ist ein direktes Mittel zur Beseitigung der Stase durch Regelung des Abflusses des Venenblutes.
6. Diese Interpretation ist gleichzeitig die Erklärung für die Entstehung der Hämorrhoiden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die operative Behandlung der Hämorrhoiden, von Charles B. Kelsey (*The Pacif. Rec. of med. and surg.* 15. August 1893.) Vortragender unterzieht die verschiedenen Methoden, welche bei der Behandlung der Hämorrhoidalknoten in Anwendung kommen, namentlich die operativen, einer eingehenden, von gutem Humor durchsetzten Kritik, wägt die Vorteile und Nachteile der einzelnen Methoden gegen-

einander ab, beschreibt und demonstriert seine eigene Behandlung der Krankheit und gelangt dahin, seinen Zuhörern zu empfehlen, palliativ auf Regulierung des Stuhlganges, auf Vermeiden aller Excesse, namentlich in Baccho, zu achten, sich jedoch von den Palliativmitteln keine grofsen Erfolge zu versprechen und mit Mut und den nötigen Vorsichtsmafsregeln an die Radikalbeseitigung der Hämorrhoiden heranzugehen.

C. Berliner-Aachen.

Als vorteilhafteste Methode zur **Radikalkur der Hämorrhoiden** wird (*Rif. med.* 1893. No. 26) diejenige von WHITEHEAD-DELORME empfohlen. Diese läfst sich in vier Zeiten zerlegen:

1. Dilatation des Sphincters.
2. Cirkuläre Incision der Schleimhaut am Analrand und Disektion eines cylinderförmigen, bis über den oberen Rand des Sphinct. int. reichenden Schleimhautstückes (Schonung der Sphincteren!).
3. Longitudinale Incisionen dieses Schleimhaut-Cylinders und Bildung von vier Lappen.
4. Sutur der Schleimhaut an die Haut und Abtragung der Schleimhautlappen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Behandlung des Ulcus cruris, von LUDWIG HAHN. (*Der ärztl. Praktiker.* 1893. No. 37.) Reinlichkeit, Ruhe, Verbesserung der mangelhaften Cirkulationsverhältnisse sind die Indikationen bei der Behandlung des Ulcus cruris; auch die Applikation reizender Salben bedeutet oft eine Ruhestörung. Zwei Arten will Verfasser unterschieden haben:

1. Unter dem Hautniveau liegende, mit schlaffen Granulationen bedeckte Geschwüre mit steil abfallenden normalen Rändern; rundlich, oval, zuweilen blutig; oft so grofs, dafs sie den ganzen Unterschenkel umfassen; Varicen können vorhanden sein oder auch fehlen.
2. Auf der Kuppe eines Varix entstehende Geschwüre; die Haut in der Umgebung trocken, ekzematös, atrophisch oder elephantiastisch, Rand kallös; niemals sehr grofs; schmerzhaft, erethische Granulationen.

Gegen die Stauung empfiehlt Verfasser die Trikotschlauchbinde und Leimverbände in der vom Referenten und HEIDENHAIN geschilderten Weise. Auf die Geschwüre erster Art wirkt Jodoform am besten, für die übrigen wird eine 10%ige Dermatolpaste empfohlen. Zum Schlufs wendet sich Verfasser gegen die Wasserscheu der Patienten und befürwortet besonders Kamillenbäder. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Dr. KRISCH-Breslau. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 9.) Bei starren Rändern des Geschwüres verfährt Verfasser so: Das Geschwür wird, wenn es sehr tief ist, mit Jodoformgaze gefüllt, doch nur so, dafs dieselbe nicht über die Ränder hervorragt; die Ränder selbst und deren Umgebung werden mit Dermatol bestreut, darüber eine Kompresse von hydrophilem Stoff gelegt. Auf dieselbe wird ein das Geschwür reichlich bedeckender, eine möglichst ebene Grundfläche besitzender Schwamm gelegt. Derselbe wird vorher durch Einlegen in warmes Wasser zur Aufquellung gebracht und dann vollständig ausgedrückt. Ist das Geschwür flach, oder ist die Granulationsbildung schon im Gange, so ist ein hydropathischer Umschlag, z. B. von essigsaurer Thonerde, direkt auf das Geschwür zu empfehlen. Alsdann wird die Extremität in bekannter Weise, von den Zehen angefangen, mittelst einer widerstandsfähigen Binde bis zur Kniekehle eingewickelt. Die Kompression mufs eine mäfsige sein. Dabei beobachtet man, dafs das Ödem in der Umgebung des Geschwüres von Tag zu Tag mehr schwindet, dafs die Ränder weicher, nachgiebiger werden und die Granulationsentwickelung fortschreitet. Die Vernarbung geht dann unter passender Salbenbehandlung schnell vor sich.

Manche Ränder sind jedoch so starr und fest, daſs sie dem permanenten elastischen Drucke des Schwammes ungebührlich lange widerstehen. In solchen Fällen wendet er **Massage** der Hautränder mit einer kleinen Rolle, ähnlich wie bei der elektrischen Massage, an. Bei den Geschwüren, welche sich unterhalb des Malleolus und besonders des internus befinden, hat er einen Verband nach Art eines Steigbügels konstruiert; es wird nämlich eine gepolsterte Strippe um die Fuſssohlen gelegt, an welcher dicht unterhalb der beiden Malleolen ein gröſserer Haken befestigt ist, ca. $2^1/_2$ cm oberhalb der Malleolen weitere zwei bis drei kleinere Haken, an welcher die Bindetouren ihren festen Halt bekommen. Verfasser hat sehr alte Geschwüre, die jeder Behandlung trotzten, dadurch zur Heilung gebracht, obgleich die Patienten ihren Berufspflichten nachgingen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Diamantberger (Ref. *Rif. med.* 1893. No. 255) hat bei einem an Gicht und Arteriosklerose leidenden Patienten eine **Gangrän** der kleinen Zehe nach Applikation 5%iger Karbolkompressen beobachtet. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Gangrän der Lidhaut, von Elschning. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkde.* Juni 1893.) Mitvalsky schlug vor, die gangränösen Prozesse der Lider in primäre und metastatische einzuteilen; Elschning will noch die Gangrän durch fortgeleitete gangränöse Prozesse hinzufügen. Alle Formen sind Ausgänge tiefliegender Prozesse, selbständige Gangrän, wie die Gangraena senilis der Extremitäten, ist an den Lidern nicht beobachtet. Zu den primären Formen kommt es:

1. durch Traumen, Verbrennungen, Ätzungen;
2. durch Erysipel;
3. durch lokale Infektion mit dem Bacillus anthracis.

(Verfasser hat zwei Fälle der Art bei einem Ehepaare gesehen. Für diese Form ist die Bezeichnung „Oedème malin ou charbonneux des paupières" passend.)

4. durch Infektion mit Eiterkokken;
5. durch Gonokokken bei der Blennorrhoe.

Die fortgeleitete Phlegmone des Lides kommt vor:

1. bei Dacryocystitis phlegmonosa;
2. bei Panophthalmitis mit Vereiterung des peribulbären Zellgewebes;
3. bei Orbitalphlegmone;
4. bei eiteriger Periostitis und Empyem benachbarter Knochenhöhlen.

Die Fortleitung kann direkt oder auf dem Wege der Thrombophlebitis erfolgen. Die Lidphlegmone kann zu einer Orbitalphlegmone führen, da die Fascia tarso-orbitalis keine feste Scheidewand bildet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur operativen Behandlung der senilen und diabetischen Gangrän der unteren Extremitäten, von Landow. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. XXXVI. pag. 149.) Die Arbeit giebt Bericht über die in der Göttinger chirurgischen Klinik behandelten Fälle seniler und diabetischer Gangrän der Füſse. König verhält sich dem radikalen Verfahren von Zoege v. Manteuffel und Küster gegenüber, welche sofort eine hohe Amputation des Oberschenkels, resp. Grittische Operation wünschen, durchaus ablehnend. Es wurden 17 Männer und nur 1 Frau behandelt im Alter von 40—79 Jahren; darunter waren 7 Arteriosklerotiker und 11 Diabetiker. Anfangs Hochlagerung, Antisepsis, Incision phlegmonöser Herde, Diätregulierung, nach erfolgter sicherer Demarkierung Amputation 2—3 Finger oberhalb der Erkrankungsgrenze, höhere Amputation am Unterschenkel, wo kein Stillstand eintrat. Von den Patienten kommen drei nicht in Betracht (zwei entzogen sich der Behandlung, einer starb an Coma diabeticum), einer heilte spontan nach Abstoſsung der Haut an zwei Zehen;

14 wurden amputiert, einer davon doppelseitig. Es starben einer nach primärer Unterschenkelamputation, vier nach Oberschenkelamputationen. L. leugnet die grofse Bedeutung der Arterienthrombosen, wie die grofse Schmerzhaftigkeit der Beine nach tiefen Amputationen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Morphoea plana alba mit elektrischen Bädern, von Hallopeau. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 481.) Behandelt einen Fall, in welchem die Morphoea wirklich unter dem Einflufs der Elektricität geheilt zu sein scheint. *Türkheim-Hamburg.*

Im Berliner Verein für innere Medizin (Ref. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 34) stellte Joseph einen Fall von **akuter multipler Hautgangrän** vor. Ein 24jähriger ganz gesunder Kaufmann erlitt 1884 eine Schwefelsäureverbrennung auf dem linken Handrücken, und seitdem treten circa alle halben Jahre gangränöse Stellen auf beiden Armen auf, so dafs dieselben mit zahlreichen keloidartigen Narben bedeckt sind. Jetzt ist wieder eine solche Stelle vorhanden, die ganz plötzlich auftrat; der junge Mann wachte mit dem Gefühl von Kälte und Schmerzen im Arme auf; als er Licht machte, sah er, dafs die Stelle ganz weifs und anästhetisch, von einem roten Hof umgeben war. Der Mann ist ganz gesund, nicht nervös, Hysterie ist ausgeschlossen (dies ist der erste derartige Fall bei einem Manne), Selbstätzung, wie Lewin in ähnlichem Falle sah, ist ebenfalls ausgeschlossen, denn der Mann ist sehr unglücklich über sein Leiden, da er seine Stellung dadurch verliert; von Zoster ist keine Spur zu sehen, doch kommt ein typischer Zosterausbruch, wie in Doutreleponts Fall, oft erst später. Joseph will nach Doutreleponts Vorschlag Sublimat zur Behandlung versuchen, um das Entstehen der Keloide zu verhüten. *F. Hahn-Bremen.*

Über Gangraena cutis hysterica, von Gustav Riehl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 46.) Die ausführliche Krankengeschichte eines Mädchens führt uns ein Bild spontaner, umschriebener Hautgangrän an der rechten unteren Extremität vor, welche wiederholt recidivierte. Zoster gangraenosus konnte ausgeschlossen werden, da die befallenen Hautstellen verschiedenen Nervengebieten entsprachen, und progressive Anästhesie der Haut war bekannt. Bei Zoster besteht meistens Hyperästhesie oder nur auf die ergriffene Stelle beschränkte Anästhesie. Auch der über zwei Jahre sich erstreckende Verlauf spricht gegen Zoster. Schwerere Nervenkrankheiten hätten noch andere Erscheinungen machen müssen. Die Halbseitigkeit der Anästhesie, die progressive Ausbreitung, die Gesichtsfeldeinschränkung, die Ovarialhyperästhesie sprechen für Hysterie. Künstliche Erzeugung der Gangrän ist sehr unwahrscheinlich, da die Anästhesie zweifellos ist, und die Gangrän auch unter absolut sicheren, fixen Verbänden eintrat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über eine besondere Form von lupöser Akne, die im Gefolge von Lupus erythematodes der Kopfhaut sich auf den Schultern entwickelt, von Jonathan Hutchinson. (*Brit. Journ. of derm.* Oktober 1893.) Das genannte Zusammentreffen hat Verfasser bisher dreimal beobachtet. Die Pusteln sind zum Teil von der gewöhnlichen Akne nicht zu unterscheiden, zum Teil aber zeigen sie eine ausgesprochen lupöse, serpiginöse Beschaffenheit. Die gröfsten Stellen hatten etwa die Gröfse eines Fünfzigpfennigstückes; sie waren ohne Frage aus mehreren kleinen, roten, lichenösen Papeln zusammengesetzt und unter dem Einflufs der infektiösen Übertragung entstanden. Da der Lupus erythematodes der Kopfhaut wahrscheinlich in Beziehung steht zu den Haarfollikeln und deren Umgebung, d. h. als eine Art von Sykosis aufzufassen ist, und andererseits die erwähnten Pusteln und Papeln von den Talgdrüsen entspringen, so ist eine Infektion von den Talgdrüsen der Kopfhaut her durchaus nicht unwahrscheinlich. *Philippi-Nieheim.*

Idioneurosen.

Über den centralen Ursprung des Juckens, von Bremer-St. Louis. (*Pacific Record.* 15. April 1893.) Die Dermatologen haben zwar eine Reihe von Hautkrankheiten als Dermatoneurosen sicher festgestellt, aber die peripherischen und die centralen Form dieser Affektionen nicht genügend voneinander getrennt. Die meisten Autoren verlegen das Jucken in die Tastkörperchen. Viel wahrscheinlicher ist nach Webers und des Verfassers Annahme, daſs der Sitz des Juckens die frei in der Epithelschicht endigenden Nervenfäserchen sind. Dafür spricht der Umstand, daſs beispielsweise bei der Granulationsbildung die Juckempfindung sich erst dann bemerkbar macht, wenn die Granulationen sich mit einer Epithelschicht zu bedecken beginnen, und daſs man diesen Juckreiz auch gern als ein Zeichen des Heilungsprocesses ansieht zu einer Zeit, wo noch keine Tastkörperchen wieder vorhanden sind. Auch sind solche Stellen, an denen sich vorwiegend Tastkörperchen befinden, wie die Fingerspitzen, die Zehen, Lippen etc., durchaus nicht Prädilektionsstellen für das Jucken.

Verfasser bespricht im folgenden die Hypothesen, welche Auspitz, Unna, Hebra aufgestellt haben, um das Jucken zu erklären.

Den Sitz des centralen Juckens verlegt Verfasser in bestimmte Bezirke der Rindensubstanz, von der aus die Juckempfindung nach der Peripherie projiciert wird. Für diese Annahme sprechen diejenigen Fälle, bei welchen Gehirnkrankheiten, psychische Zustände von Juckempfindungen in Begleitung sind. Verfasser glaubt, daſs es sich hier ähnlich verhalte, wie mit den Sinnes-, Gehörs-, Geruchswahrnehmungen.

Bei der Melancholie, Hysterie, Neurasthenie ist nicht selten Jucken als Komplikation vorhanden. Verfasser beschreibt einen Fall von Melancholie, vereint mit heftigem Jucken.

(NB. Sollte nicht in dem vorliegenden Falle die Melancholie bei dem 19jährigen Mädchen eher eine Folge des entsetzlichen Juckens, namentlich in der Genitalgegend, gewesen sein, und somit die Ursache mit der Wirkung verwechselt werden? Ref.)

Die Therapie derartiger Formen des Juckens ist deshalb zumeist erfolglos, weil die Ursache sich nicht leicht beseitigen läſst.

Der Aufsatz ist interessant und sehr lesenswert. *C. Berliner-Aachen.*

Elektricität als Heilmittel gegen hartnäckigen Pruritus, von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 470.) Leloir hat seit zwei Jahren in ungefähr 25 Fällen den elektrischen Strom gegen örtlichen und allgemeinen Pruritus mit überraschenden Erfolgen angewandt. Der Patient wird auf einen Sessel mit gläsernen Füſsen gesetzt, der mit dem einen Pole einer mächtigen statischen Maschine verbunden ist. Den erkrankten Teilen wird alsdann eine Metallspitze, die mit dem anderen Pole in Verbindung steht, auf 10—15 cm genähert. Dauer jeder Sitzung 12—15 Minuten. Das Verfahren ist nicht schmerzhaft. Frühere Versuche mit Elektrolyse waren weniger ermutigend. *Türkheim-Hamburg.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Über Tättowierungen und ihre erfolgreiche Beseitigung, von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*New York med. Journ.* 20. Mai 1893.) Die Tättowierungen werden nach der Einteilung des Verfassers vorgenommen:

1. zum Zwecke des Schmuckes,
2. der Symbolik,
3. als einfache Liebhaberei,
4. aus rein obscönen,
5. aus verschiedenen anderen Gründen.

Verfasser führt die einzelnen Punkte näher aus, beschreibt das Verfahren der Tättowierung, die Anatomie tättowierter Hautstückchen, endlich die Beseitigung derselben.

Eine kurze Übersicht der diesbezüglichen Litteratur beschliefst die Abhandlung.

C. Berliner-Aachen.

Tättowierungen bei Soldaten, von A. E. Bradley. (*New York med. Journ.* 17. Juni 1893.) Schreiber dieses Briefes an den Editor protestiert als Militärarzt gegen die Behauptung Ohmann-Dumesnils (ibid. 20. Mai 1893), dafs Tättowierungen obscönen Charakters meistens bei Verbrechern und Soldaten, und bei letzteren häufiger noch, als bei ersteren, zu finden seien. Nach dem Reglement dürfe niemand, der solche obscöne Darstellungen in der Haut eintättowiert habe, als Rekrut eingestellt werden, und in der That kämen dieselben, wie er sich durch eigene ausgedehnte Erfahrungen und durch Mitteilungen anderer überzeugt habe, so gut wie gar nicht vor.

Philippi-Nieheim.

Argyrie nach äufserlicher Behandlung mit Höllensteinlösung, von Dr. Olshausen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 47.) Verfasser beschreibt einen tödlich verlaufenen Fall von Argyrie, welche durch Behandlung von Brandwunden mit 1⁰/₀₀iger Höllensteinlösung entstanden war; es handelte sich hier nicht um eine Gewerbeargyrie; auch hat die Patientin innerlich kein Argent. nitric. erhalten. Es fanden sich, wie die Sektion ergab, neben den Verfärbungen der Darm- und Mundschleimhaut die für Argyrosis beschriebenen blauschwarzen Einsprenkelungen im Douglasschen Raume, an der hinteren Pharynxwand und in den Lakunen der Tonsille. Ferner war chemisch aus Stücken des Kolon die Reaktion auf Silber nachweisbar; aufserdem ergab die Untersuchung der Mundschleimhaut, dafs es sich nicht um eine Ablagerung von Blutfarbstoff handelte; ebenso sprachen die Allgemeinsymptome für Argyrosis: die zuletzt auftretenden heftigen Durchfälle, Schwindelanfälle und Konvulsionen.

Verfasser sucht den Grund der hier aufgetretenen Argyrosis in Anbetracht ähnlicher mit Quecksilbersalzen gemachten Erfahrungen darin, dafs Patientin, deren Ernährung durch die Stomatitis schwer gelitten hatte, sich in einem Zustande befand, der die verderbliche energische Resorption von feinsten Silberteilchen aus den an der Applikationsstelle eingegangenen Eiweifsverbindungen begünstigte und so die Metallvergiftung herbeiführte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beitrag zum Studium der Myiasis, von Pedro S. de Magelhaës-Rio de Janeiro. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1893. No. 11.) „Myiasis" (μυῖα = die Fliege) bezeichnet die durch Insekten (Dipteren) bedingten, volkstümlich „Bicheiro" und „Berne" genannten Krankheiten. „Bicheiro" (bicho [portugiesisch] = Wurm) wird hervorgerufen durch die Fliege Lucilia hominivorax (Coquerel), die in Nord- und Centralamerika, in Mexiko, in Guyana, Brasilien, Argentinien, Chile vorkommt. Die Larven, die aus den in die Nase etc. gelegten Eiern auskriechen, bewirken Entzündungen, Eiterungen, erysipelartige Schwellungen, Respirationsstörungen, Allgemeinerscheinungen, selbst Caries, Meningitis, Sepsis; manche sprechen von einer Mortalität bis 64%. Die Fliege wird genau beschrieben. „Berne" (auch Ubra genannt) wird in Brasilien die Infektion durch Dasselfliegen (Oestrus, Dermatobia) genannt, von denen es nur auf Menschen lebende Formen giebt. „Ver-macaque, Torcel, Gusano pelludo, Nuche, Verma moyocuil" sind Synonyma. Blanchard (Paris) teilt mit, dafs die Dermatobia noxialis und Dermatobia (auch Cuterebra) cyaniventrix für den Menschen besonders in Betracht kommen. Die Larve verursacht furunkelartige Entzündungen und Substanzdefekte; sie hält sich mit Haken in der Wunde fest. Bis 11 sind in einer Wunde gefunden; sie graben sich honigwabenartig, jede besonders, ein. Die Beschwerden sind gering; Entfernung: Kalomel, Merkurialsalbe sind nützlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. №. 9. 1. Mai 1894.

Beitrag zur Ätiologie der Erythromelalgie.

Vortrag, gehalten auf dem XI. Internationalen Medizinischen Kongreſs zu Rom.

Von

Dr. STEPHAN PERSONALI,
Spezialist für Nervenkrankheiten in Genua.

Die Ätiologie der Erythromelalgie bildet zur Zeit ein noch ganz in der Bildung begriffenes Kapitel der Pathologie. Seit der ersten Arbeit von WEIR-MITCHELL, im Jahre 1872, bis zu den neueren von KÖSTER, BERGER, BERNHARDT, SENATOR, GERHARD, wurden viele Ansichten und Vermutungen über die ätiologischen Beziehungen dieser Affektion ausgesprochen. Trotzdem stehen wir noch immer am Ausgangspunkte und besitzen keine Beweise, solange derjenige von den Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung nicht erbracht ist. Die zwei folgenden Fälle füllen diese Lücke aus und bringen damit neues Licht in die Frage.

I. P. T., 26 Jahre alt, Eisenbahnarbeiter, von kräftiger Konstitution, ohne neuropathische oder hereditäre Belastung. P. ist weder Alkoholiker, noch hat er jemals an rheumatischen Affektionen gelitten. Mit 20 Jahren zog er sich einen harten Schanker zu, der sekundäre Symptome im Gefolge hatte. Die Behandlung, welche in Quecksilbereinreibungen und innerlicher Darreichung von Jodkalium bestand, wurde, zum schweren Schaden des Patienten, allzufrüh unterbrochen.

Vor zwei Jahren wurde er, ohne erkennbare Ursache, von heftigen neuralgiformen Schmerzen in den unteren Extremitäten befallen, während welcher sich Flecke auf der Haut der Ober- und Unterschenkel bildeten, deren Gröſse von der einer Linse zu der eines Fünffrankenstückes variierte. Beim Drucke verschwindet ihre rötlich-violette Farbe vollständig, um einer bedeutenden Blässe Platz zu machen, der wiederum eine Rötung folgt. Die Schmerzen sind sehr heftig, und an einigen Hautstellen besteht wahre Hyperalgesie. Leichtes Ödem. Die Dauer der schmerzhaften Anfälle beträgt 2—3 Stunden und selbst einen ganzen Tag. Während derselben läſst sich eine Temperaturerhöhung der befallenen Glieder, jedoch kein Schweiſs konstatieren; begleitet werden sie von einem Gefühle

großer Mattigkeit, von heftigen Kopfschmerzen, Übelkeit und Schlaflosigkeit.

Nichts Abnormes von Seiten der inneren Organe und des Urins; Gruppen infiltrierter Drüsen in der Inguinalgegend und am Nacken, außerdem Plaques muqueuses an Lippen und Zunge, deren Auftreten, nach Angabe des Patienten, mit den Schmerzanfällen koincidiert.

Sofort verordnete ich Sublimatinjektionen und innerlich Jodkalium bis 6 g pro die. Mit dem Fortschritte dieser Behandlung wurden die Anfälle immer seltener, und nach zwei Monaten waren alle Zeichen der Affektion verschwunden. Nun sind bereits zwei Jahre seit der Behandlung verflossen, ohne daß sich irgendwelche Erscheinungen von Erythromelalgie gezeigt hätten, und das Allgemeinbefinden hat sich gebessert.

II. E. B., 48jährige Frau, keine neuropathischen Anzeichen in der Familie; hat keine schweren Krankheiten durchgemacht. Verheiratete sich mit 22 Jahren, wobei sie von ihrem Manne die Syphilis acquirierte; sieben Aborte. Die achte Schwangerschaft gelangte zu normalem Termin und führte zur Geburt eines Mädchens, das heute, zur Frau herangewachsen, unverkennbare Zeichen hereditärer Syphilis trägt in Form einer starken Skoliose der dorsalen Wirbelsäule und einer spezifischen Iritis, welche durch Quecksilbersalbe und Jodkalium gebessert wurde.

Unsere Patientin leidet an Tabes dorsalis in der ataktischen Periode. Vor drei Jahren wurde sie einst nachts von heftigsten Schmerzen am rechten Arme und Beine befallen, die sie entschieden als von den lanzinierenden Schmerzen der Tabes verschieden bezeichnet. Dazu traten rötliche Flecke von verschiedener Größe und Ödem der Haut auf. Die Anfälle wiederholten sich öfters, dauerten im Mittel 3—4 Stunden und stellten sich besonders des Nachts ein. Während derselben ist die Haut der befallenen Glieder auch auf Druck schmerzhaft und weist eine Erhöhung der Temperatur um 1—2° gegenüber der anderen Seite auf. Das Ödem ist kontinuierlich, die rötlichen Flecke aber verschwinden mit Nachlassen der Schmerzen. Heftige Kopfschmerzen und Übelkeit. Normaler Zustand der inneren Organe und des Urins.

Belehrt durch den vorhergehenden Fall unterwarf ich die Patientin auch hier einer Quecksilberkur, und zwar verordnete ich, da sie sich den Injektionen widersetzte, Einreibungen mit grauer Salbe und innerlich Jodkalium bis 4,0 pro die. Nach 15 Einreibungen nahmen die Schmerzen an Intensität ziemlich ab, nach 30 schienen sie vollständig verschwunden zu sein. Ich hörte mit der Quecksilberkur auf, ließ hingegen das Jodkalium weitere zwei Monate verabreichen. Nun sind die Symptome der Erythromelalgie gänzlich verwischt, und bis heute (nach 1½ Jahren) ist keine Erscheinung aufgetreten, die unsere Hoffnungen von einer wirklichen Heilung umgestoßen hätte.

Die beiden soeben beschriebenen klinischen Fälle lassen keinen Zweifel über die Natur der nervösen Affektion aufkommen; es handelt sich um klassische Fälle von jener vasomotorischen Neurose, die unter dem Namen Erythromelalgie beschrieben wurde. Im speziellen liegen die ätiologischen Beziehungen derselben zur syphilitischen Infektion klar auf der Hand: die vorangegangene Infektion, die Koincidenz neuer syphilitischer Erscheinungen mit dem Auftreten der Neurose und noch mehr der Beweis ex juvantibus sind deutliche Belege. Wir dürfen deshalb sagen, daſs in einigen Fällen offenbar zwischen Syphilis und Erythromelalgie eine ätiologische Beziehung besteht.

(Übersetzt von C. Müller-Freiburg [Schweiz].)

Über den Einfluſs der frühzeitigen inneren Quecksilberbehandlung auf den Verlauf der Syphilis.

Vortrag, gehalten auf dem XI. Internationalen Medizinischen Kongreſs zu Rom.

Von

Dr. Ludwig Jullien,

Chirurg am St. Lazarus Hospital in Paris.

Unter den Syphilidologen herrscht wenig Übereinstimmung in der Frage, wann bei der Syphilis mit der allgemeinen Behandlung begonnen werden soll. Während die einen gleich das Quecksilber verabreichen, wenn das Vorhandensein eines harten Schankers festgestellt ist, ziehen andere vor, bis zum Ausbruch sekundärer Symptome zu warten. Alle Spezialistenkongresse bekunden den stationären Zustand dieser Frage, und scheint es, daſs dieser Mangel an Übereinstimmung eher auf Traditionen der verschiedenen Schulen, sowie auf persönlichen Eindrücken beruht, denn auf Argumenten wissenschaftlich ausgearbeiteter Statistiken. Die Frage bleibt deshalb unentschieden mit ungefähr gleicher Zahl namhafter Vertreter in beiden Lagern.

Doch hatte bereits 1863 Diday in seinen trefflichen Vorträgen über die Naturgeschichte der Syphilis, worin zuerst die Frage der klinischen Kontrolle unterworfen wurde, bemerkt, daſs ein leichter Unterschied bestehe zwischen den Fällen, die sich selbst überlassen, und denen, die gleich von Anfang an einer Behandlung unterworfen wurden; in den letzteren war es gelungen, das Auftreten sekundärer Erscheinungen um circa acht Tage im Mittel zu verschieben. Es schien jedoch die Ver-

längerung dieser zweiten Inkubation von geringer Bedeutung zu sein, indem die Eruptionen nicht ausblieben und nicht minder schwer verliefen. Man sagte auch, daſs das Quecksilber an Wirksamkeit verliere, wenn es zu frühzeitig verabreicht werde, und daſs die Syphilide, deren Auftreten durch das Medikament hintangehalten worden, diesem auch mehr Widerstand leisten.

1874 suchte ich nun selbst den Einfluſs der frühzeitigen Behandlung auf die Entwickelung der Spätformen zu studieren, und die Untersuchung von mehreren hundert Fällen lieſs mich zur Überzeugung gelangen, daſs eine rasche Sättigung des Organismus mit Quecksilber in beträchtlichem Maſse ein frühzeitiges Auftreten tertiärer Erscheinungen zu verhindern vermöge. In den verschiedenen Auflagen meines *Handbuches der venerischen Krankheiten* glaubte ich diese Art des Vorgehens als die logischste und vorteilhafteste empfehlen zu müssen. In meiner Praxis unterlieſs ich es nicht, meine Patienten der Wohlthaten der hypodermatischen Therapie teilhaftig werden zu lassen. Die betreffenden Fälle datierten aber aus einer, verglichen mit dem modernen Stande der Therapie, zu alten Zeit, und es war interessant, den Erfolg der neueren Methoden, das Quecksilber in den Organismus einzuführen, zu erproben. Besonders hatte ich die Kalomelinjektionen im Sinne. Offenbar muſste man, in Anbetracht der früheren günstigen Resultate mit den Jodquecksilberpillen und dem Sublimate, noch viel bessere Erfolge erzielen mit einem Medikamente, dessen unvergleichliche Wirksamkeit niemand bezweifelt.

Ich sah mich in meinen Erwartungen nicht getäuscht; bereits bei den ersten Versuchen erkannte ich die Richtigkeit des Gesetzes von dem verspäteten Ausbruche der sekundären Erscheinungen, wie dasselbe durch Diday aufgestellt worden war, nur handelte es sich dabei nicht um Tage, sondern um Wochen. Ferner überzeugte ich mich, daſs die Eruptionen in einem modificierten, abgeschwächten, gleichsam rudimentären Zustande auftraten. Darin lag ein neuer Beleg für den Satz, daſs verzögern gleichbedeutend ist mit abschwächen.

Gelingt es einem mit Hülfe irgend eines Mittels die Intensität irgend eines krankhaften Prinzips abzuschwächen, so wird man leicht verleitet, eine bis zu den äuſsersten Grenzen reichende Abschwächung zu erhoffen. Dies war also die Frage, die uns beschäftigte, und es erschien uns keineswegs als undurchführbar, die Syphilis durch eine aufmerksamere, energischere, ausdauerndere Quecksilberbehandlung kräftig genug bekämpfen zu können, daſs alle nachherigen Erscheinungen ausblieben oder wenigstens so schwach aufträten, daſs diese Abschwächung beinahe einer Heilung gleichkäme.

Im Folgenden gedenke ich nun die Behandlungensweise zu beschreiben, die ich nach vielen Versuchen als die beste erkannt habe; doch

bin ich weit davon entfernt, sie als die einzige zu betrachten. Es giebt wohl keinen Spezialisten, der nicht in der Lage gewesen wäre, zufälligerweise Fälle von Stillstand der Syphilis nach verschiedenen Medikamenten zu konstatieren. In einer früheren Mitteilung am Berliner Kongresse habe ich bereits einige Bemerkungen darüber gemacht, die ich als ermutigende Überraschungen betrachtete. Die Untersuchung dieser Thatsachen, die als Unterstützung der bereits ausgeführten Betrachtungen dienten, führten mich dazu, eine allgemeine, systematische Methode zu suchen, indem ich dabei das mächtigste Quecksilbermedikament wählte.

Dieses Mittel besteht in den von Scarenzio eingeführten und durch Smirnoff verbesserten Kalomelinjektionen. Ich bediene mich dazu des in flüssigem Vaselin suspendierten Salzes nach einer Vorschrift von Balzer: Kalomel 1,0, Vaselin 10,0; für 10 Injektionen.

Selbstverständlich müssen diese Substanzen sorgfältig gereinigt, das Kalomel (vapore paratum) in Alkohol ausgewaschen und im Trockenschranke getrocknet, das Vaselin destilliert, das Gemisch in einem gewaschenen und an der Flamme sterilisiertem Mörser verrieben und in einem vollständig aseptischen Gefäſse aufbewahrt werden. Dieselben Vorsichtsmaſsregeln müssen bei der Injektion beobachtet werden, Spritze und Kanülen gekocht, die Haut mit Seifenwasser, Sublimatlösung und Äther gewaschen. Hierauf wird das Gemisch tief in die Muskulatur der Fossa iliaca externa eingeführt (4—5 cm von der Crista) und die Stichöffnung mit Kollodium verschlossen. Unter diesen Bedingungen besteht keine Intoxikationsgefahr, auch kommt es nicht zur vermehrten Speichelabsonderung, vorausgesetzt, daſs die Nieren gut funktionieren und das Zahnfleisch in gutem Zustande sich befindet. Ebensowenig sind Phlegmonen zu befürchten, wenn man die Injektionen im Hause des Kranken vornimmt und sich dieser zu ein- bis zweitägiger Ruhe bequemen will. Wenn übrigens, was nur ganz ausnahmsweise geschieht, eine Schwellung entsteht und sich aus einer kleinen Öffnung einige chokoladefarbige Tropfen entleeren, so wäre dies eine Komplikation von ganz untergeordneter Bedeutung und die Wirksamkeit des Medikaments in keiner Weise beeinträchtigt.

Diese Wirksamkeit wurde so oftmals dargethan und zwar bei so verschiedenen Gelegenheiten, ihre Schnelligkeit, Intensität, ihr heroischer Charakter durch die Genauigkeit und die Klarheit der Resultate so scharf erwiesen, daſs es nutzlos wäre, darauf zurückzukommen. Nur einen die Dauer der Imprägnation betreffenden Punkt möchte ich hervorheben. Sicher ist, daſs eine kleine Menge Salzes in Herden als Reserve zurückbleiben kann. Um mich davon zu überzeugen, machte ich eine ganze Menge von Injektionen an Tieren, indem ich mich vorher von der Gefahrlosigkeit der Prozedur vergewisserte; bei einem Kaninchen, das ich

18 Monate nach der Injektion tötete, fand ich ganz deutlich im Unterhautzellgewebe die Stelle, wo injiciert worden war, und die chemische Untersuchung ergab nachträglich die Gegenwart von Quecksilber. Dies schien mir von besonderem Interesse zu sein und bildete zugleich eine Garantie für den Erfolg der Versuche, die ich vorhatte, mahnte aber auch zur Vorsicht beim Gebrauche eines Medikamentes, das sich im Organismus ansammelt, und es war sehr wichtig, an gewissen Zeichen die Sättigung des Organismus mit Kalomel frühzeitig zu erkennen. Dieselben bestehen nach meinen klinischen Beobachtungen in Gingivitis, Gefühl von Beengung der Brust, Neigung zu Ohnmachten. Diese vorübergehenden Erscheinungen erlauben es, bei Zeiten die Behandlung zu unterbrechen und eine Intoxikation, die ich selbst niemals beobachtet habe, zu verhindern.

Ich pflege nun, gleich nachdem das Syphilom als solches erkannt und dasselbe einer Excision nicht zugänglich ist, die Kalomeltherapie zu beginnen und steche links oder rechts, an der günstigsten und dem Übel zunächst gelegenen Stelle ein. Sitzt dasselbe im Gesicht oder an der Mamma, so injiciere ich in die Fasern des Supraspinatus. Das nächste Resultat ist eine Behinderung in der Entwickelung des Schankers; war dieser bereits ausgebildet, breitgezogen oder in die Mitte vertieft, so vernarbt er rasch; befand er sich erst in der Entwickelung begriffen, herpesähnlich oder miliar, so behält er meist dieses Volumen bei und geht nicht in Ulceration über, wenn auch die Oberfläche bereits erodiert war. Allerdings vermöchte dieser Umstand bei demjenigen, welcher an der Möglichkeit einer frühzeitigen Diagnose zweifelt und sich über die Natur des Ulcus nicht entscheiden kann, nicht, die Ungewifsheit zu heben, zumal, da die Folgen sich wesentlich anders als beim gewöhnlichen Verlaufe der syphilitischen Infektion gestalten werden. Doch bin ich der Ansicht, dafs ein geübtes Auge und ein geübter Finger kaum einem Irrtum verfallen wird und mit Hülfe der gemachten Angaben, besonders aber der Konfrontation, wo diese möglich ist, läfst sich ein Urteil bilden, das der späteren Bestätigung nicht mehr bedarf.

Bei Vornahme der Injektionen in Zeiträumen von 14 Tagen unter Bedingungen, die ich weiter unten ausführen werde, kann angenommen werden, dafs das syphilitische Gift eine schwere Schädigung erleidet, indem der gewöhnliche Zwischenraum der zweiten Inkubation, welcher fast regelmäfsig sechs Wochen beträgt, ohne charakteristische Erscheinungen verläuft. Umsonst läfst man Injektion auf Injektion verabfolgen, um ein bestehendes Erythem, Roseola und Papeln zu vertreiben, wohl aber kann die Syphilis von Anfang an in ihrer Entwickelung gehemmt werden, und dies bleibt auf immer das Ideal der Abortivtherapie. Andere Male entdeckte ich im Verlaufe des zweiten, dritten und vierten Monats zunächst auf der Mundschleimhaut und dann auf der äufseren Hautdecke (meist

in dieser Reihenfolge) die syphilitischen Läsionen. Welches sind aber diese? Auf den Mandeln und den Gaumenbögen ein etwas matteres Aussehen der Schleimhaut, oberflächliche Erosionen, die meine Patienten und öfters ich selbst versucht waren, als zufällige Erscheinungen zu betrachten; zuweilen Hypertrophie und wirkliche Ulceration, was selten ist. Von seiten der Haut sah ich unkenntliche, abortierte, auf kleinere diskrete Elemente beschränkte, sehr oft doldentraubenartige Eruptionen. In einem Falle kam es nach 67 Tagen zur Bildung einer einzigen Papel und in 20 Fällen kamen Maculae nach 138 Tagen; in anderen bildeten sich ganz unbedeutende Flecke auf dem Abdomen. In drei Fällen beobachtete ich eine Gruppe pinselstrichartiger, ziemlich lebhaft roter Zeichnungen auf den Schulterblättern, wo sie nur kurze Zeit bestanden. Zuweilen blieb die Haut gänzlich verschont, und ich bemerke, daſs es sich hierbei um solche Patienten handelte, die ich recht frühzeitig in Behandlung nehmen konnte, d. h. wo ich den Schanker bereits in den ersten Tagen seines Bestehens sehen konnte und welche von vornherein einer intensiven ausdauernden Kur unterzogen wurden und infolgedessen später eine geringfügige Ulceration aufwiesen. Scheint es demnach nicht, als ob bei diesen Bevorzugten die Infektion an ihrer Quelle versiegt wäre? Umgekehrt waren meine Bemühungen erfolglos, wenn ich erst nach zwei oder drei Monaten des Schankerbestandes eingreifen konnte, oder wenn ich aus bestimmten Gründen die Injektionen unterbrechen oder sie in längeren Zwischenräumen wiederholen muſste.

Jedenfalls zeugen die genannten Fälle von einer ungewohnten und überaus leichten Infektion, indem die Patienten auch später verschont blieben, wie ich mich durch langjährige aufmerksame Beobachtung überzeugen konnte. Mein ältester Patient, ein Offizier, hatte vier Schanker an der Glans, als ich ihm im Dezember 1890 die erste Injektion machte. Die Syphilis blieb bei ihm auf der Bildung einiger Erosionen an den Mandeln und unbestimmter Marmorierungen auf dem Thorax circa im dritten Monate beschränkt, und zwar spreche ich nur aus reiner Wahrheitsliebe davon, indem ihre Natur nicht mit Bestimmtheit dargethan wurde. Heute, nach 3½ Jahren, hat sich noch nichts Verdächtiges eingestellt. Bei einem Arzte, den ich seit November 1891 beobachtete, äuſserte sich die Krankheit in dem Auftreten e i n e r Papel; trotz meiner Mahnung zur Vorsicht verheiratete er sich im Juli 1892, ohne daſs er bis jetzt seinen Schritt zu bereuen gehabt hätte. Dasselbe Resultat bei einem Armenier, den ich seit Oktober 1891 behandele, und der keine anderen Erscheinungen geboten, als herpesähnliche Eruptionen der Tonsillen. Mein unvergeſslicher Lehrer Horteloup untersuchte den Kranken im April 1892 und erlaubte die Heirat, welche im Oktober desselben Jahres stattfand. Kein neues Symptom war bis 30. Januar d. J. hinzu-

getreten. Ein vierter Patient endlich, dessen multiple Schanker ich erst am 14. Tage ihres Bestandes, d. h. zu einer Zeit behandelte, wo bereits gewaltige Lymphdrüsenschwellungen bestanden, bot beinahe ebenso unscheinbare Symptome von Seiten der Zunge und der Gaumenbögen; doch waren sie von etwas längerer Dauer.

Bei der Erklärung dieser ganzen Reihe von Erfolgen wird man nicht ermangeln zu behaupten, daſs der Zufall dabei die Hauptrolle gespielt, daſs die Syphilis von Tag zu Tag einen milderen Verlauf annimmt, daſs gerade harte Schanker frei von infektiösen Folgen bleiben; dies sind aber seltene Zufälle, und wenn man nicht geradezu behaupten will, daſs ich sie hervorrufe, so bleibt ihre Häufigkeit in meinem Beobachtungsmaterial unerklärlich.

Nun eine Frage: Sind diese Kranken wirklich geheilt? Stehen sie nicht in beständiger Gefahr eines Recidivs? Hierauf kann ich nur per induktionem antworten. Ist es als unlogisch zu betrachten, daſs $3^1/_2$ Jahre einer beinahe vollständigen Immunität eine Sicherheitsgarantie für die Zukunft bildet? Mir ist dies nicht möglich. Vielmehr muſs ich annehmen, daſs, nachdem ich von anfang an ein bewährtes Antisyphiliticum zur Anwendung gebracht, dieses entweder die Krankheitserreger selbst angreift oder in einer für ihre Entwickelung ungünstigen Weise den menschlichen Organismus modifiziert, und daſs ich dadurch das Gift im entscheidenden Moment getroffen und daſs dann später die wiederholten Infektionen derselben Substanz auf ein immer mehr abgeschwächtes und in seiner Vitalität vielleicht bis zum Erlöschen stufenweise entkräftetes Produkt eingewirkt haben. Der Vorgang wäre dann ungefähr mit dem zu vergleichen, was die Bakteriologen in vitro erhalten, wenn sie, in der Absicht, eine präventive resp. kurative Impfung vorzunehmen, mit den gefährlichsten Mikroorganismen Kulturen bereiten, die sie durch beständige Abschwächung unschädlich machen. Ich weiſs zwar, daſs in solchen Dingen, und wenn es sich um eine Krankheit handelt, deren Perioden trügerischen Stillstandes uns bekannt sind, es ein Irrtum wäre, sich auf eine solche Argumentation zu verlassen, und daſs man allein von der Erfahrung die Kenntnis des definitiven Resultates und die Bestätigung unserer Hoffnungen erwarten kann.

In Anbetracht einer solchen Störung in einem früher als unabänderlich bekannten Cyklus, dieser Eruptionen von ungewohntem Aussehen, dieser abgeschafften oder verkürzten Perioden, kann ich nicht umhin, zu glauben, daſs, da wir einmal die Mittel haben, die Grundursachen zu schwächen und selbst zu vernichten, ihre Folgen auch in meiner Gewalt liegen. Man wird mir wenigstens zugeben müssen, daſs die Syphilis, wie sie einige meiner Patienten hatten, nicht mehr dieselbe ist, was den Patienten selbst, die schon durch das Wort allein in Schrecken versetzt werden, leicht auffällt.

Wie lange nun soll diese eingreifende Therapie fortgesetzt und zu welchen Dosen, in welchen Zwischenräumen verabfolgt werden? Die Frage ist eine schwierige, denn auch bei der bestkombinierten Hypothese fehlt es uns an der nötigen Richtschnur. Wie gesagt, mache ich in den ersten zwei Monaten alle vierzehn Tage eine Kalomelinjektion; übrigens sind Abweichungen von dieser Vorschrift nicht ausgeschlossen. Werden nämlich 10 cgm bei einem Patienten von mittlerer Resistenz und Körperentwickelung leicht vertragen, so wird man andererseits gut thun, einem schwächlichen, kleinen Individuum deren blofs 8, 6 oder 5 cgm zu verabreichen. Man könnte auf diese Weise das Quantum des Medikamentes nach dem Körpergewichte berechnen, und es liefse sich nicht unschwer eine in diesem Sinne bearbeitete Skala aufstellen. Was ferner die Zwischenräume zwischen den Injektionen anlangt, so dürfte es ebenfalls nach den ersten zwei Monaten angezeigt sein, dieselben auf 20, 25 und 30 Tage zu verlängern mit dem Fortschreiten der Immunität. Nach dem sechsten Monate beobachte ich meine Patienten nur noch, um event. einer Eruption vorzubeugen. Von nun an hat das Kalomel nicht mehr dieselben prägnanten Indikationen und kann ohne Schaden durch Oleum cinereum, Hydrarg. thymolo-aceticum oder andere lösliche Hg-Präparate ersetzt werden, event. sogar durch innerliche Medikamente.

Diese Arbeit beruht auf der Untersuchung einer grofsen Anzahl von Patienten und besonders auf dem gründlichen Studium von 30 Beobachtungen, bei welchen ich mit wechselndem Glücke die Grundsätze zur Anwendung gebracht habe, die ich soeben ausgeführt. Ich habe die Umstände genau erwogen, welche meine therapeutischen Erfolge unterstützt haben, und aus der Vergleichung der Resultate bin ich zur Überzeugung gelangt, dafs die wahre Behandlung der Syphilis vor deren Ausbruch beginnen soll, das heifst bevor die allgemeinen Erscheinungen aufgetreten sind.

Es giebt keine Krankheit, gegen die die Wissenschaft uns nicht lehrte, frühzeitig einzuschreiten. Wenn wir bisher gegen die meisten derselben machtlos oder vom blindesten Empirismus abhängig waren, sucht die moderne Medizin allerorts und in allen Schulen eifrig nach Mitteln, die Keime rasch zur Abortion oder Abschwächung zu bringen. Zufälligerweise besitzen wir Syphilidologen seit Jahrhunderten das mächtigste Mittel gegen das Übel, das wir zu bekämpfen haben. Wäre es demnach nicht geradezu eine Sinnlosigkeit, dasselbe anderswie zu benutzen, wenn einmal das Übel vorliegt und einen bedrohlichen, unvermeidlichen Charakter annimmt? Ich weifs zwar nicht, ob es mir mit den Thatsachen, die ich soeben entwickelt habe, gelingen wird, die Kollegen zu überzeugen, will mich aber kurz fassen und wiederhole zum Schlusse dieser Arbeit, dafs, wollte man eine erfolgreiche Behandlung während der Entwickelung des Syphiloms ver-

schmähen und abwarten, während das Gift sich vermehrt und den ganzen Organismus imprägniert, man sich einer Unterlassung schuldig machte, deren Folgen schwer auf der Wirkung einer Infektion lasten können, von der wir wissen, daſs sie kein Ende hat.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Freiburg [Schweiz].)

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. März 1893.

Allg. med. Centralztg. 1893. No. 34.

Über trophische Affektionen der Haut und des Vorderarms. QUINQUAUD sellt einen 50jährigen Mann vor, der eine Reihe kleiner rundlicher Brandschorfe von ca. 50 Centimes-Stück Gröſse aufweist, welche dem Nervus cubitalis folgen. Im Anfang ähnelte die Affektion einem veskulösen Ekzem, bald aber trat Neigung zum Verschorfen ein. Druck-, Temperatur- und Schmerzgefühl waren in dem betreffenden Bezirke erloschen; nur an der oberen Grenze fand man an einigen Punkten die Druckempfindung erhalten, während Temperatur- und Schmerzgefühl fehlten. Es konnte mit Sicherheit eine Neuritis diagnosticiert werden, die ascendierend von vorausgegangenen Fingerverletzungen sich entwickelt hat. Antiseptischer Verband förderte die Heilung; nach Entfernung desselben wurden die Geschwüre wieder gröſser. Auf die Antisepsis legt Verfasser besonderen Wert.

Doppelter syphilitischer Schanker der dorsalen Fläche des Daumens und des Zeigefingers durch Biſs. LEJARS berichtet über einen 30jährigen, kräftigen Mann, der bei einem Faustschlage sich an den Zähnen des Gegners die Dorsalflächen des Daumens und Zeigefingers im Bereiche der Articulatio interphalangealis verletzte. Die Wunden heilten schnell zu, jedoch wurden die Narben einen Monat später etwas erhaben, und es entstanden zwei Geschwüre, die sich langsam vergröſserten und mit wuchernden Granulationen bedeckten. Dieselben ähnelten in keiner Weise Schankern. An der Innenfläche des Armes fand sich ein dicker, ziemlich fester Strang. Zwei Monate nach dem Biſs wurden die Wunden excidiert und heilten schnell unter dem Jodoformverbande. Drei Wochen darauf Roseola, Plaques muqueuses etc.; eine energische Schmier- und Bäderkur brachte Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

New Yorker Akademie der Medizin.
Sektion für Blasen- und Geschlechtskrankheiten.

Sitzung vom 14. November 1893.

Vorsitzender: Dr. S. ALEXANDER.

Einen **Fall von Hodensyphilis** stellt Dr. ALEXANDER vor. Die Diagnose schwankte bei der Aufnahme des Patienten zwischen Syphilis und Epithelioma. Die rasche Besserung, welche unter der eingeleiteten antiluetischen Kur eintrat, stellte die Diagnose auſser Zweifel.

Tuberkulose der Blase. Dr. ALEXANDER stellt einen 56jährigen Patienten vor, der seit September 1892 an Harndrang und schmerzhaftem Tenesmus leidet. Vor 1½ Jahren hatte er die Influenza, und seit dieser Zeit leidet er an Husten, Auswurf

und anderen Lungensymptomen. Die Untersuchung der Lungen stellte Lungenkavernen fest.

Die vom Redner wiederholt vorgenommene Untersuchung des Urins ergab reichlichen Eiter, einige Tripperfäden und eine grofse Zahl von Tuberkelbacillen. Die Prostata enthielt einen etwa bohnengrofsen Knoten und war auf Berührung empfindlich. Blutungen waren nicht vorhanden. Tiefe Urethralinstillationen einer Silbernitratlösung (0,1—0,2 : 30,0), in Zeiträumen von 2—3 Tagen gegeben, brachten schnell Erleichterung der Schmerzen. Der Harndrang verminderte sich. Die Lungenaffektion schien später Fortschritte zu machen, weshalb Patient das Sanatorium von Dr. Trudeau aufsuchte, wo sein Gewicht von 123 auf 165 Pfund stieg. Die Instillationen wurden auch im Sanatorium fortgesetzt. Sowohl die Lungen- wie die Blasensymptome sind vollständig (ohne Anwendung von Tuberkulin) geschwunden.

Instillationen mit Sublimatlösung wurden in dem vorliegenden Falle nicht gut vertragen. Nicht immer wirken Silbernitratlösungen so gut, wie hier, weshalb Vorsicht in jedem einzelnen Falle geboten ist.

Im Anschlufs an die beiden Vorträge Alexanders demonstrieren Taylor, Manley, Hayden Präparate von Hodentuberkulose, Carcinoma der Glans penis, encystierte Hämatocele des Penis mit gleichzeitig bestehender Hämatocele der Tunica vaginalis.

Diskussion über den Vortrag von Dr. Klotz:

Über das Vorkommen tertiärer Syphilisprodukte als Folge direkter, lokaler Infektion mit allgemeinen Bemerkungen über Syphilis als Infektionskrankheit. (Vgl. Referat über diesen Vortrag in *dieser Zeitschr.* 1894. Bd. XVIII. No. 1. pag. 40.)

Dr. Taylor, die Diskussion eröffnend, bemerkt zu dem Satze von Klotz, „die Syphilis werde durch einen ähnlichen Mikroorganismus hervorgerufen, wie die akuten Exantheme", dafs unsere Kenntnisse hierüber noch lange nicht abgeschlossen wären. Der Lustgartensche Bacillus als Erreger der Syphilis habe bis jetzt nach den Untersuchungen von anderen hervorragenden Syphilidologen und Bakteriologen keine Bestätigung gefunden. Die protoplasmatischen Veränderungen, welche bei der Syphilis platzgreifen, sind stets nur eine Reproduktion ad infinitum der Zellen des Primäraffektes.

Ob diese Veränderungen nach der Klotzschen Theorie unter dem Einflusse eines primären, im Verlaufe der Behandlung seine Natur wechselnden Mikroorganismus stehen, ist durch nichts erwiesen. Wenn auch bei manchen Patienten mit tertiären Erscheinungen sich Symptome des vorangegangenen primären und sekundären Stadiums nicht mehr eruieren lassen, so mögen die letzteren doch nicht gefehlt haben, sondern vielleicht so schwach ausgeprägt gewesen sein, dafs sie dem Arzte oder dem Patienten unbemerkt geblieben sind. Aus diesem Grunde können derartige tertiäre Erscheinungen nicht als das Resultat direkter Inokulation angesehen werden.

Dr. Allen meint, es stehe fest, dafs in einigen Fällen von syphilitischen Gummata Syphilisbacillen gefunden worden sind. Wenn dies sich so verhält und wir diesen Bacillus als ätiologischen Faktor bei der Krankheit acceptieren, so scheine eine direkte Infektion von solchen tertiären Läsionen sehr gut möglich. Nur die Möglichkeit eines solchen Vorkommens habe Dr. Klotz angenommen.

Am Schlusse der Sitzung beschreibt und demonstriert Dr. Otis ein von ihm konstruiertes Instrument zur Verbesserung und Erleichterung der Urethroskopie.

C. Berliner-Aachen.

Amerikanische dermatologische Gesellschaft.
17. Versammlung, abgehalten zu Milwaukee am 5. und 6. September 1893.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* December 1893.)

(Schlufs.)

Vorsitzender: Dr. George H. Fox.

Dr. R. Crocker-London: **Über den Lupus erythematosus, als einen Nachahmer verschiedener Formen der Dermatitis.**

(Ist schon S. 342 dieses Bandes referiert worden.)

In der Diskussion stimmen Hardaway, Zeisler, Stelwagon, Hyde im wesentlichen mit den Ausführungen Crockers überein.

Dr. Bronson bemerkt, was Crocker nicht erwähnt, dafs der Lupus erythematosus nodulatus zuweilen auch Syphilis vortäuschen kann.

Dr. E. B. Bronson-New York: **Über die Behandlung des Pruritus.**

Da dem Pruritus vielfach eine übermäfsige Reizbarkeit der sensiblen Nerven zu Grunde liegt, so wird man bei der Behandlung an erster Stelle auf Beseitigung dieser Reizbarkeit bedacht sein. Gegen etwaige Schlaflosigkeit müssen Hypnotica gebraucht werden. Innerlich sind die von Bulkley empfohlene Cannabis indica und das Gelsemium als Hautanästheticum und Analgeticum von aufserordentlichem Nutzen. Äufserlich leistet als Antipruriticum die Karbolsäure, „das Opium der Haut", wie Unna sie genannt hat, vorzügliche Dienste, und zwar in den verschiedensten Lösungen sowohl wie als Karbolöl.

Diskussion.

Hyde-Chicago stimmt mit den Ausführungen des Redners überein. Von dem Gebrauche von Pasten und Salben, die Kokain enthielten, sei er wieder zurückgekommen, weil sich in drei Fällen eine Kokainsucht entwickelt habe.

Von Vorteil sei es die befallenen Stellen durch Pasten und Leimverbände gegen den Zutritt der Luft abzuschliefsen. Interessant sei es, dafs wenn eine Körperseite befallen sei, durch entsprechende Behandlung der anderen mit Stimulantien und Antipruriticis eine Besserung der betroffenen Seite eintrete.

Bei dem Pruritus hiemalis, ist wahrscheinlich der häufige und jähe Wechsel von hoher und niedriger Temperatur die Ursache des Pruritus.

Crocker hat durch Gegenreizung, beispielsweise bei Jucken am Scrotum durch Reizung in der Lumbalregion, häufig den Patienten Erleichterung verschafft.

Corlett spricht hauptsächlich über Prurigo hiemalis. Dem Juckanfalle pflege ein trockener, rauher Zustand voraufzugehen. Innerlich sei Ichthyol von Nutzen, äufserlich müsse auf Geschmeidigkeit der Haut durch Bäder mit nachfolgender Einreibung mit Lanolin gesehen werden. Eine 3—5%ige wässerige Resorcinlösung leistet in dieser Beziehung ebenfalls gutes.

Morrow hält innerliche Gaben von Gelsemium in solchen Dosen, dafs sie die Hautsensibilität herabsetze, für gewagt und zu gefährlich. Gute Dienste bei regionärem Pruritus leiste ein Beutel mit heifsem Wasser auf das Rückgrat appliciert. Ferner wirke eine Kombination von Karbolsäure und Kampfer mit Zinksalbe gut. Auch die Salicylsäure in Verbindung mit Rosenwasser und Glycerin vermindere das Jucken.

Morison erwähnt zwei Fälle, bei denen stets unmittelbar nach dem Baden heftiges Jucken entstand, ein Beweis, dafs das Wasser nicht immer juckstillend wirkt.

Hardaway berichtet über wohlthuende Wirkung von Chiningaben des Nachts. Ferner thaten dort, wo die Haut trocken und rauh war, subkutane Pilokarpininjektionen gegen das Jucken gute Dienste.

Dr. Bronson schliefst die Diskussion über dieses Thema.

Dr. J. Zeisler-Chicago: **Über Angiokeratoma.**

(Wird später referiert werden.)

Diskussion.

Hardaway hat einige Jahre, bevor diese Krankheit als Angiokeratom beschrieben worden ist, ein warziges Angiom mit Elektrolyse erfolgreich behandelt. Allerdings waren mehrere Sitzungen hierzu nötig.

Corlett glaubt, dafs die Affektion wahrscheinlich nicht so sehr selten ist, dafs dieselbe vielleicht nicht als Angiokeratom diagnosticiert und anders klassificiert wird.

Die folgenden Redner sprachen ihre Zustimmung zu den Ausführungen Zeislers aus. Derselbe schliefst mit einigen Worten die Diskussion.

Dr. Fordyce - New York: **Beitrag zur Pathologie der Acne varioliformis (Hebra).**

(Wird später referiert werden.)

Diskussion.

Dr. Zeisler vermifst in dem Vortrage von Fordyce, so ausgezeichnet sonst die Pathologie der Acne varioliformis besprochen ist, Bemerkungen zur Ätiologie der Affektion. Er selbst habe sechs Fälle gesehen, bei denen er die eigentliche Ursache nicht habe feststellen können. Vielleicht spielt eine eigentümliche Art der Infektion hier eine ursächliche Rolle.

Dr. Crocker: Als erstes Anzeichen der Affektion ist die Bildung eines kleinen hornigen Zapfens an der Follikelmündung anzusehen. Dieser hornige Zapfen, scheint es, bildet ein Irritament, das zur sekundären Inflammation führt. Was die Ursache des hornigen Zapfens ist, vermag C. nicht zu sagen. Die Affektion ist nicht syphilitisch, wohl aber gebe die Syphilis ein prädisponierendes Moment ab.

Diskussion über **Pityriasis rosea.**

Dr. Stelwagon: Die Pityriasis rosea ist eine Krankheit sui generis, charakterisiert durch schwach schuppende, lachsfarbene Läsionen. Der Ausschlag zeigt grofse Ähnlichkeit mit schwach entwickelten, papulo-squamösen Syphiliden. — Bei der Behandlung wirken Schwefel in Salbenform oder in Bädern vorteilhaft ein.

Dr. Zeisler bemerkt, die Wiener Schule sehe Fälle von Pityriasis rosea als Beispiele von Herpes tonsurans maculosus an. Anfangs sei er selbst dieser Meinung gewesen, bis er Gelegenheit gehabt habe, die Krankheit an sich selbst zu studieren. Hyde habe damals die Affektion als einen typischen Fall von Pityriasis rosea erklärt. Redner glaubte beim Ausbruche der Krankheit, er wäre von Ringworm oder von einer Seborrhoe oder von Psoriasis befallen. Innerhalb von zwei Wochen entwickelte sich dieselbe Krankheit bei seiner Frau in der Weise, dafs rosige, lachsfarbene Ringe auf der Brust, Bauch und an den Armen auftraten. Die Desquamation war nur sehr gering. Nach Verlauf von acht Wochen war der Ausschlag nahezu vollständig verschwunden. Zur Ätiologie, soweit dieselbe seine eigene Person und seine Frau betrifft, vermag Redner nichts Besonderes anzugeben.

Dr. Crocker: Die beiden Fälle in Zeislers Familie lassen auf eine Infektion schliefsen. Ohne Zweifel ist auch ein Mikroorganismus die Ursache der Krankheit. Vidal hat ein Mikrosporon minutissimum beschrieben. Aber da dasselbe auch bei anderen Krankheiten gefunden worden ist, so kann es als der wahre pathogene Mikrococcus der Pityriasis rosea nicht angesehen werden.

Charakteristisch für die Krankheit sei, wie Brocq beschrieben, das Auftreten eines oder zweier primärer Plaques, welche für 8—10 Tage vollständig unverändert bleiben und sich dann über den Körper zu verbreiten beginnen. Die Läsionen stellen zuerst sehr oft ganz kleine Papeln dar, welche sich dann peripher vergröfsern und ovale oder runde Scheiben bilden. Einige dieser Scheiben bilden die Pityriasis

maculata, andere, im Zentrum hell, die Pityriasis circinata. Die Affektion sei eine Krankheit sui generis und nicht, wie die Wiener annehmen, eine Art Ringworm. Auch Männer wie HEBRA können irren.

Der Verlauf ist vielfach kürzer, als es die Vorredner glauben. Viele Fälle gehen spontan in 3—4 Wochen zurück.

Die interne Behandlung ist meistens wirkungslos. Am besten thun Schwefelbäder. Doch heilen eine grofse Zahl von Fällen ohne jede Behandlung ab.

Dr. SHERWELL hat viele Fälle gesehen, sich aber nicht überzeugen können, dafs ein Mikrococcus bei der Affektion eine ursächliche Rolle spiele.

Dr. BRONSON hielt die Affektion früher für parasitär, weil er in einem Falle die Pityriasis rosea, wie es schien, aus einer Pityriasis versicolor sich entwickeln sah. Die Krankheit verschwand auch prompt unter antiseptischen Mafsnahmen.

Dr. HYDE hält die Pityriasis rosea für nicht so sehr selten, da er während 18 Monaten 87 Fälle gesehen habe. Bezüglich der Ätiologie vermag H. ebensowenig wie Dr. FORDYCE etwas Bestimmtes anzugeben.

Diskussion über die Frage: **Was verstehen wir unter Pemphigus?**

Dr. HYDE: Jeder Name in der Dermatologie hat, wie der einer Nation, seine eigene Geschichte, und man soll an demselben nicht ohne Grund rütteln. Das Wort Pemphigus bezog sich ursprünglich auf eine Gruppe von Krankheiten, die durch das Erscheinen von regellos zerstreuten, verschieden grofsen Bläschen oder Blasen auf der Haut charakterisiert waren. Pemphigus bezeichnet auch heute noch mehr ein beschreibendes Hautsymptom von Störungen, die durch verschiedene Einflüsse entstehen können.

Dr. CROCKER: Blasen können bei verschiedenen Hautkrankheiten auftreten. Das Wesentliche beim Pemphigus ist, dafs die Blasen in verschiedenen Zeiträumen successive auf der Haut erscheinen. Dasselbe gilt auch von der Dermatitis herpetiformis, die thatsächlich nur ein Zweig des Pemphigus und pathogenetisch mit demselben vielleicht identisch ist. In ätiologischer Beziehung ist ein Zusammenhang mit dem Nervensystem zweifellos. Wahrscheinlich ist das successive Auftreten von Blasen und Bläschen, wie beim Pemphigus und bei der Dermatitis herpetiformis, auf Störungen des peripheren Nervensystems zurückzuführen.

Dr. ZEISLER: Von dem eigentlichen Pemphigus ist der Pemphigus syphiliticus, Pemphigus epidemicus, Pemphigus bei fieberhaften Krankheiten etc. auszuschliefsen. Zum wahren Pemphigus gehören der Pemphigus vulgaris, der Pemphigus foliaceus und vegetans. Der Pemphigus verdankt sein Entstehen einem eigentümlichen kachektischen Zustande der Haut, den AUSPITZ Akantholysis nennt.

C. Berliner-Aachen.

Besprechungen.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1894. Heft 1.

I. **Zur pathologischen Anatomie des Furunkels und des Karbunkels,** von H. LELOIR. Nachdem LELOIR die verschiedenen Ansichten über die Histologie des Furunkels und des Karbnnkels voraufgeschickt und bemerkt hat, dafs alle zum Teil richtig sind, giebt er seine eigenen Untersuchungen bekannt.

Danach ist die Cutis schon beim Beginn der Furunkelbildung stark entzündet. Die Entzündung umfafst meist den ganzen Haartalgfollikel und greift schnell auch auf das unter diesem liegende laxe Bindegewebe über. Die Gefäfse um den Follikel sind erweitert, thrombosieren, und ihr Lumen schwindet im weiteren Verlauf der Entzündung völlig unter dem zunehmenden Druck. Bleibt diese Folliculitis und Perifolliculitis auf die Drüse beschränkt, so hat man es mit Neumanns Follicularfurunkel zu thun; dringt die Entzündung dagegen in die Tiefe, so haben wir Neumanns Zellgewebefurunkel vor uns. Indessen legt L. auf diese Unterscheidung keinen grofsen Wert. Unter zunehmender Entzündung und Eiterung wird ein oder werden mehrere Follikel dann völlig zerstört. Durch den Druck, den das geschwollene fibröse Gewebe der Cutis ausübt, nekrotisieren der Follikel und das darunter liegende lockere Bindegewebe mitsamt dem Musculus arrector pilorum. Am längsten leisten der Ausführungsgang des Follikels und die Epidermis der Entzündung Widerstand. Zwischen Furunkel und Karbunkel besteht nur ein quantitativer Unterschied.

Als Urheber des Furunkels und Karbunkels hat Pasteur uns den Staphylococcus pyogenes aureus kennen gelehrt, desselben Mikrobions, das auch die Osteo-Myelitis veranlafst. L. bespricht die Beziehungen dieser drei Krankheitsformen zu einander und erwähnt einen interessanten Versuch von Garrè, der sich durch Einreiben mit einer Staphylococcus-aureus-Kultur, die von einer Osteomyelitis herstammte, einen richtigen Karbunkel zuzog. Bisweilen findet man neben dem erwähnten Pilz auch noch den Streptococcus aureus, und die Bösartigkeit mancher Furunkel und Karbunkel hängt möglicherweise mit dessen Anwesenheit zusammen.

Zum Schlufs streift Leloir die Frage, ob der Staphylococcus im Blute kreisen könne, eine Frage, die er im Gegensatz zu Pasteur auf Grund eigener und fremder Beobachtungen bejaht.

II. **Ulcus simplex der Finger**, von L. Cheinisso. Das Ulcus simplex hat verhältnismäfsig selten einen extragenitalen Sitz. Nach einer Zusammenstellung von Jullien fanden sich unter 3956 nur 99 extragenitale nicht syphilitische Schanker.

In dem von Ch. mitgeteilten Falle safsen die Geschwüre bei einem jungen Bäcker auf dem linken Ringfinger und dem rechten Mittelfinger. Patient hatte ohne alle Vorsicht mit seinen leicht verwundeten Händen sein Ulcus Penis behandelt und dadurch die Übertragung bewirkt. Aufser den Schankern der Finger bestand beiderseits ein Bubo epitrochlearis, links mit Schmerzhaftigkeit, Hautödem und Rötung verbunden. Heilung in verhältnismäfsig kurzer Zeit unter geeigneter Behandlung.

Die schankröse Natur des Geschwürs des linken Ringfingers wurde durch erfolgreiche Überimpfung und durch die Anwesenheit einzelner Ducreyscher Bazillen erwiesen. Das Geschwür rechts war, als Patient in Behandlung kam, schon in Heilung begriffen.

Verfasser nimmt an, dafs Fingerschanker im allgemeinen viel häufiger vorkommen, dafs ihre Natur aber sehr oft verkannt werde.

III. **Ein Fall von Sklerodermie und seine Behandlung**, von Boisseau du Rocher. Bei der 46jährigen Patientin bestand aufser einem Uterusfibrom und heftiger Gesichtsneuralgie ein Sklerem des linken Fufsrückens, des im Laufe eines Jahres entstanden und unter Schmerzen ziemlich schnell gewachsen ist.

Da die bisherigen Behandlungsweisen der Sklerodermie wenig erfolgreiche sind, so hat Verfasser auch hier ein schon früher von ihm veröffentlichtes Verfahren (der Ort ist leider nicht angegeben) mit statischer Elektrizität von hoher Spannung angewandt. Die hierzu verwendete Maschine wird kurz geschildert. Der Strom springt in Form kleiner Funken auf die gewünschte Hautstelle über. Dabei rötete sich die Sklerem-Plaque schon nach wenigen Minuten, am nächsten Morgen fand bereits Ab-

schuppung statt, und nach einigen Sitzungen erschien gesunde Haut. Die Heilung hält jetzt schon mehrere Monate an.

IV. **Zwei Fälle von Pemphigus acutus febrilis gravis**, von Moreau. In dem einen Fall handelte es sich um ein 3jähriges, sonst gesundes Kind. Die Erkrankung erfolgte plötzlich. Die Blasen waren kreisrund, von einem klaren Serum angefüllt und safsen auf gesunder Haut. Sie waren auf Brust und Leib linsengrofs, viel gröfser dagegen im Gesicht und auf den Extremitäten. Daneben bestand allgemeine Prostration und hohes Fieber. Heilung in sechs Tagen.

Der zweite Fall verlief tötlich. Das $1^1/_2$ Jahr alte Kind war von Haus aus sehr schwach und erlag der Krankheit, die mit Schüttelfrost begonnen hatte, nach zwölf Tagen. Auch in diesem Fall enthielten die Blasen, bis auf eine, klares Serum. Ihre Gröfse erreichte durch Zusammenflufs stellenweise die einer kleinen Mandarine.

Verfasser bespricht zum Schlusse die Diagnose und nimmt Anstand, seine Fälle als Erythema polymorphum vesiculo-bullosum zu bezeichnen. Die Schnelligkeit des Verlaufs und die Ausbreitung über den ganzen Körper sprechen seines Erachtens dagegen. *Türkheim-Hamburg.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band XII. No. 2. Februar 1894.

I. **Die Requisiten eines Suspensoriums mit Bemerkungen über ihren Gebrauch und Mifsbrauch**, von Eugen Fuller-New York. Wohl jeder Spezialarzt in Blasen- und Geschlechtskrankheiten wird die Erfahrung gemacht haben, dafs die wohlthuenden Wirkungen eines Suspensoriums in vielen Fällen ausbleiben. Die Ursache liegt nicht immer in einem fehlerhaft angefertigten Suspensorium, sondern häufiger in der schlechten Applikation eines an sich ganz zweckmäfsig und korrekt gearbeiteten Suspensoriums.

Verfasser zeigt nun an skizzenartigen Bildern, in welcher Weise ein Suspensorium schlecht angelegt ist, und wie der Fehler korrigiert werden kann.

Mifsbrauch wird, abgesehen von dem Tragen schlecht sitzender Suspensorien, besonders auf zweifache Weise getrieben: 1. Das Suspensorium wird ohne zwingenden Grund und nicht richtig verordnet; 2. das Suspensorium wird nur für eine bestimmte Zeit verordnet, aber vom Patienten permanent getragen.

So findet man, dafs Leute ein Suspensorium als ein Mittel gegen alle Störungen in dem Geschlechtsapparate ansehen und es beispielsweise gegen Impotenz, Spermatorrhoe etc. gebrauchen. In anderen Fällen sieht man Patienten Suspensorien jahrelang tragen, und zwar nicht selten gegen neuralgische Schmerzen in der Genitalgegend, welche vielleicht erst durch den anhaltend ausgeübten Druck und eine daraus resultierende partielle Atrophie der Fasern des Kremastermuskels entstanden sind.

II. **Gangrän des Scrotums**, von Ch. W. Allen-New York. Der 34jährige Patient wurde am 15. März 1893 ins Hospital aufgenommen. Vor acht Jahren litt er an Gonorrhoe, vor drei Monaten an einem Schanker, gefolgt von vereiterndem Bubo. Etwa acht Tage vor seinem Eintritt ins Krankenhaus fühlte der Patient, der ein ziemlich starker Potator war, plötzlich einen dumpfen Schmerz in der Skrotalgegend, und zwar unmittelbar, nachdem er einen schweren Gegenstand gehoben hatte. Gleich darauf bemerkte er, dafs das Scrotum geschwollen war. Die Schwellung und mit ihr die Schmerzen nahmen in den nächsten vier Tagen zu. Am fünften Tage zeigte sich an der untersten Partie des geschwollenen Scrotums ein schwarzer Streifen und ein nekrotischer Hof, der sich nach und nach gegen das Perineum hin ausdehnte. Die Schmerzen liefsen seitdem nach. Der Patient glaubte, dafs die Affektion unter dem Einflusse starken Trinkens entstanden wäre. Kälteempfindung oder Fieber waren nicht vorhanden.

Bei der Untersuchung hatte das Scrotum die Gröfse einer Kokosnufs, bildete also einen ovalen Tumor, der zum gröfsten Teile mit feucht gangränöser Haut von aschgrauer bis schwarzer Farbe bedeckt wär und einen penetranten Geruch verbreitete. Gegen die obere, mehr links gelegene, von der Affektion noch nicht ergriffene Skrotalportion bildete eine deutliche Demarkationslinie die Grenze.

Das Allgemeinbefinden des Patienten war gut. Der Urin enthielt kein Eiweifs. Es wurden Kataplasmen von heifser Holzkohle aufgelegt. Die Schwellung ging allmählich zurück. Unter der Applikation antiseptischer Mittel heilte auch allerdings sehr langsam die gangränöse Partie des Skrotums unter Abstofsen der nekrotischen Massen ab.

Verfasser bespricht die Ätiologie der Affektion, für welche im vorliegenden Falle folgende Faktoren in Betracht kommen:

1. Alkoholmifsbrauch.
2. Eine vielleicht übersehene Verletzung.
3. Eine offene Wunde, durch welche Infektionsstoffe sich Eingang verschafft haben können.

In vielen Fällen folgt durch Extravasation aus der erkrankten Urethra Gangrän des Scrotums. In anderen Fällen geht der Skrotalgangrän ein Erysipel voran. So berichtet Devergie über drei Fälle. In dem ersten Falle war ein Geschwür an der Peniswurzel vorhanden. Es stellte sich Erysipel des Scrotums ein, dem Gangrän mit letalem Ausgange folgte.

In dem zweiten Falle: Schwellung der Leistendrüsen, Operation — Erysipel — Gangrän bis zur Blofslegung der Testikel — Heilung.

Dritter Fall: Incidierter Bubo — Erysipel — Gangrän, welche die Testikel blofslegte — Tod.

Sicher ist, wie es auch in dem vorliegenden Falle den Anschein hat, dafs vereiternde Leistendrüsen die Entwickelung der Skrotalgangrän begünstigen.

III. **Ein Fall von circumskripter Sklerodermie (Morphoea)**, von W. Th. Corlett-Cleveland. Die 10jährige, wohlgenährte, wenn auch etwas blafs aussehende Patientin zeigte bei ihrer Aufnahme im September 1892 an der Streckseite der linken oberen Extremität verschieden grofse Flecke, welche bereits zwei Jahre bestanden hatten. Im Beginn entwickelte sich zuerst im mittleren Drittel des Vorderarmes ein Fleck, der die charakteristischen Merkmale der Affektion zeigte. Die Stelle war namentlich im Zentrum leicht vertieft und machte beim ersten Anblick den Eindruck, als ob es sich um Narbengewebe handelte. Der zentrale Teil dieses Fleckens war von gelbbrauner Farbe mit dunkleren Rändern. Die Oberfläche fühlte sich etwas rauh und hart an, liefs sich von dem darunterliegenden Gewebe leicht aufheben. Die Sensibilität war erhalten. Haare waren in der zentralen Partie nicht vorhanden. Nach aufsen von derselben kam ein blauweifser, wohl begrenzter und von einem lila-blafsroten, allmählich in die normale Haut übergehenden Rande umgebener Gürtel zum Vorschein. Die Venen in der Nachbarschaft des Fleckens waren erweitert. Als die Patientin denselben zum ersten Male bemerkte, hatte er die Gröfse eines Vierteldollarstückes und war im ganzen von weifslicher Farbe.

Die anderen Flecke waren jüngeren Datums, zeigten jedoch ein ähnliches Aussehen wie der eben beschriebene.

Die subjektiven Beschwerden, welche die Affektion begleiteten, bestanden in leichtem Jucken um die Ränder der Läsionen und in zuweilen ganz intensiven Kopfschmerzen und in Schmerzen, welche von der linken Schulter nach der Streckseite des linken Armes bis zum Mittelfinger der linken Hand ausstrahlten. Sonstige Nervensymptome wurden nicht wahrgenommen. Die Mutter der Patientin gab an,

dafs dieselbe im Alter von fünf Jahren gestürzt wäre und sich hierbei die Schulter geschlagen hätte. Die Verletzung schien geringfügig und war auch bald vergessen, bis dieselbe durch das Auftreten der Affektion wieder in Erinnerung gebracht wurde.

Verfasser sah die Patientin nach Verlauf eines Jahres wieder. Die Flecken hatten jetzt ein viel dunkleres Kolorit angenommen. Die erkrankte Haut fühlte sich stellenweise knorpelhart an, haftete fest auf der darunterliegenden Schicht und zeigte im allgemeinen das eigentliche Bild der Sklerodermie in ihrem atrophischen Stadium. Die Schmerzen in dem ergriffenen Arme hatten wesentlich nachgelassen, doch machte sich statt derselben eine gewisse Schwäche des Armes bemerkbar.

Verfasser bespricht die Pathologie der Affektion. Während die englischen, französischen, deutschen Autoren die Morphoea als eine Varietät der Sklerodermie ansehen, halten die Amerikaner dieselbe als eine von der Sklerodermie wohl zu unterscheidende Affektion. Der vorliegende Fall beweist jedoch, dafs die Morphoea als das Anfangsstadium, die Sklerodermie als ein späteres Stadium ein und derselben Affektion anzusehen sind.

IV. **Blutejakulationen**, von F. Frank Lydston-Chicago. Verfasser beschreibt fünf derartige Fälle. Fall 1 betrifft einen 38jährigen Handwerker, der früher lange Zeit an Gonorrhoe gelitten hatte. Vor einigen Monaten bemerkte er nach Beendigung des Coitus plötzlich eine profuse Blutung aus der Urethra. Dieselbe war von Hämaturie gefolgt, welche einige Tage anhielt und, ohne nachteilige Folgen zu hinterlassen, verschwand. Die örtliche Untersuchung der Urethra ergab eine beträchtliche Striktur in der Pars pendula, ca. $3^{1}/_{2}$ Zoll vom Meatus entfernt. Die leichteste Manipulation mit dem Untersuchungsinstrument verursachte eine profuse Blutung. Die Prostata, Blase, Samenbläschen schienen normal zu sein.

Nach Beseitigung der Striktur hörten die Blutungen vollständig auf.

Fall 3. Der 32jährige, sonst gesunde Mann litt seit einiger Zeit an nächtlichen Samenentleerungen, denen Blut beigemischt war. Starke Abstinenz von sexuellen Genüssen war die Ursache derselben. Die Prostata zeigte sich bei der Untersuchung weich und mäfsig geschwollen; die Samenbläschen waren vergröfsert.

Zweckmäfsige sexuelle Hygiene, innerliche Gaben von Ergotin und Bromkalium, die Einführung einer kalten Stahlsonde brachten die Beschwerden schnell zum Schwinden.

Fall 5 betraf einen 25jährigen jungen Mann, der seit drei Monaten an Gonorrhoe litt. Vor einiger Zeit bemerkte er, dafs seine Ejakulationen nicht nur schmerzhaft waren, sondern dafs dem Samen auch eine beträchtliche Quantität Blut beigemischt war. Dieses Symptom zeigte sich sowohl beim regelrechten Coitus, als auch bei spontanen nächtlichen Samenentleerungen.

Die Untersuchung stellte eine Vesiculitis seminalis und eine intensive Entzündung der Schleimhaut der Pars posterior urethrae fest. Die Prostata und die Samenbläschen waren stark vergröfsert und aufserordentlich weich.

Die drei beschriebenen Fälle entsprechen drei Typen von blutigen Samenentleerungen. Für die Ätiologie mögen auch Tumoren, Tuberkulose in Betracht kommen. Verfasser hat jedoch keine Beispiele davon gesehen.

V. **Die Behandlung des Schankers mit Hydrogenium peroxydatum**, von W. P. Worster-New York. Verfasser heilt mit seiner Methode harte Schankergeschwüre in der denkbar kürzesten Zeit, ohne dem Patienten Schmerzen zu bereiten, ohne denselben in seiner Berufsthätigkeit zu hindern, und mit geringerer Narbenbildung und Gewebsverlust als bei irgend einer anderen Methode.

Unter den zahlreichen vom Verfasser mit Hydrogenium peroxydatum behandelten Fällen werden drei besonders schwere herausgegriffen und kurz beschrieben. Die

Behandlungsdauer dauerte in dem ersten 25, in dem zweiten 19, in dem dritten 11 Tage. Das Hydrogenium peroxydatum wurde in voller Stärke mit möglichst kräftigem Drucke durch einen Sprayapparat auf die Wunde appliciert. Bei der Methode ist eben dieser Druck, mit welchem die gründlichste Asepsis erzielt wird, von sehr wesentlicher Bedeutung. Die Krankheitskeime gerade auf dem Boden des Geschwürs werden so am leichtesten getötet, die Blutcirkulation angeregt und der Heilungsprozeſs befördert und beschleunigt. Bei der Methode muſs der Sprayapparat entweder aus Glas oder Hartgummi sein, da Metalle das Hydrogenium peroxydatum zersetzen und wirkungslos machen. Wichtig ist es ferner, ein stets frisches Präparat anzuwenden. Verfasser verbraucht bei der einmal täglich vorzunehmenden Applikation 1 Unze (30 Gramm). Sodann bedeckt er zum Schutze gegen äuſsere Einflüsse die Wunde mit Jodol bis zur Erneuerung der Berieselung mit Hydrogenium peroxydatum.

C. Berliner-Aachen.

Spätformen der hereditären Syphilis in den oberen Luftwegen; eine klinische Studie von Gerber. (*Beitr. zur klin. Med. & Chir.* Braumüller, Wien und Leipzig. 1894.)

Verfasser hat seine Aufmerksamkeit einem bis dahin recht vernachlässigten, bezw. immer nur ganz kurz abgehandelten Kapitel angewendet und bespricht auf Grund seiner und anderer authentischer Beobachtung unter Mitteilung einiger interessanter einschlägiger Fälle die syphilitischen Erscheinungen der oberen Luftwege; speziell die Manifestationen der tardiven Lues in ihren heimtückischen, oft ganz plötzlich zu kolossalen Destruktionen führenden Wirkungen werden eingehend gewürdigt, kann doch gerade bei diesen Formen eine rechtzeitig einsetzende energische Therapie unendlich viel Gutes und Schönes bewirken. Mehrere gute Holzschnitte illustrieren die Fälle. Aus dem Resumé heben wir folgendes hervor: Die Erscheinungen der hereditären Syphilis in Nase, Rachen und Kehlkopf treten häufig erst lange, Decennien nach der Geburt auf, sowohl bei Individuen, die in früher Kindheit Symptome von Syphilis darboten, als auch bei solchen, an denen dies nicht beobachtet wurde. Mit Vorliebe treten sie im Pubertätsalter auf, und zwar häufiger beim weiblichen Geschlechte. Sie haben tertiären Charakter. Die Diagnose stützt sich in solchen Fällen 1. anamnestisch auf Aborte der Mutter, Kindersterblichkeit in der Familie, Residuen von Syphilis bei den lebenden Geschwistern, 2. im Allgemeinstatus auf die von Fournier zusammengestellten Merkmale (Konstitution, Habitus, Miſsbildungen des Schädels, Affektionen des Auges, Ohres etc. etc.)

Wir teilen die Affektionen der Nase ein in:

Rhinitis hyperplastica = Coryza specifica, Rh. atrophicans = Ozaena specifica, Rh. exulcerans = Lues narium. Dadurch können Difformitäten der äuſseren Nase bedingt werden (Stumpf-, Kneifer-, Sattel-, Lorgnettennase). Prädilektionssitz ist die Nasenscheidewand.

Im Rachen kommen an Frühformen vor: Erythem und Plaques, an Spätformen: gummöse Infiltration und Gummiknoten. Prädilektionsstelle ist das Segel, das häufig perforiert oder an die hintere Pharynxwand fixiert wird. Im Kehlkopfe erscheinen als Frischformen Erythem und Papeln, als Spätformen diffuses hyperplastisches Infiltrat und gummöse Infiltration; diese führen meist zu geschwürigem Zerfall und sekundären Hyperplasien; meist ist der Kehldeckel zuerst befallen.

Die Prognose ist viel ernster, als bei der acquirierten Lues, und muſs die Therapie dementsprechend rasch und energisch einsetzen. *F. Hahn-Bremen.*

Klinische und anatomische Studien über Pellagra, von Dr. Franz Tuczek. Mit einer Karte und neun Tafeln. (Fischers medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld.

Berlin 1893.) Die Ergebnisse einer Studienreise durch die Pellagragebiete Oberitaliens hat Verfasser in dieser Arbeit niedergelegt. Die Beschäftigung mit den Intoxikations erkrankungen des Nervensystems lenkte die Aufmerksamkeit des Verfassers auf die Pellagra, welche zuerst im 18. Jahrhundert bekannt wurde. Ihr jetziger Verbreitungsbezirk liegt zwischen dem 42. und 48. Grad nördlicher Beite und dem 11. Grad westlicher und 26. Grad östlicher Länge von Paris und umfaſst Nord-Spanien, Südwest-Frankreich, Nord- und Mittel-Italien, Rumänien, Friaul, Banat, Bukowina, Beſsarabien. Südlich der genannten Zone ist endemisches Vorkommen nur in Corfu bekannt. — Der Zusammenhang mit verdorbenem Mais und seinen Produkten (Lombroso) ist kaum mehr bestritten. Schlechte hygienische Verhältnisse, schlechte Nahrung, hereditäre Disposition des Nervensystems zu Erkrankungen prädisponieren. Verfasser schildert sodann die verschiedenen Formen und Stadien der Pellagra, deren Ausgangspunkt, abgesehen von den initialen gastrointestinalen Symptomen, sicher das Nervensystem ist, und geht dann zu einer Schilderung seiner Untersuchungen und Beobachtungen über, wobei kurz die Krankengeschichten der gesehenen Fälle wiedergegeben werden. Daran schlieſst sich die ausführliche Darstellung der acht anatomisch untersuchten Fälle. Von besonderem Interesse sind da die Veränderungen im Nervensystem,' die sich fast stets auf Anomalien des Rückenmarks beschränkten; diese fehlten allerdings nie. Nur bei einem Falle, der nach langjährigem Bestehen das Bild der Dementia paralytica bot, fand sich neben Pachymeningitis interna haemorrhagica ein sehr hochgradiger, besonders im Stirnlappen ausgeprägter Rindenfaserschwund. Die Hirnnervenkerne waren auch stets intakt, die Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn machte immer in der Höhe der Pyramidenkreuzung Halt, die Hinterstrangserkrankung erreichte kaum die Hinterstrangskerne.

Gemeinsamer Befund bei allen Fällen im Rückenmark war Obliterierung des Centralkanals in seiner ganzen Länge und vollkommene Integrität der Rückenmarkshäute, der vorderen und hinteren Wurzeln, der Gefäſse (bis auf Wandverdickung in einem Falle), das normale Verhalten der Nervenzellen und Nervenfasernetze der grauen Substanz, der Clarkeschen Säulen, der Lissauerschen Randzone an der Spitze des Hinterhorns. In letzterer Beziehung macht auch der oben genannte Fall eine Ausnahme. — Die hauptsächlichen Veränderungen lassen das Leiden unter die kombinierten Systemerkrankungen subsummieren, wobei die Systeme in wechselnder Kombination und Ausdehnung erkranken können. Die Degeneration ist eine symmetrische. Die Gollschen Stränge sind vorzugsweise und primär verändert. Die Hinterseitenstrangerkrankung hält die Grenzen der Pyramidenseitenstrangbahnen inne, nimmt nach oben an Intensität ab. Meist sind die Stränge am intensivsten im Dorsalteil verändert. Die Kleinhirnseitenstrangbahnen waren in den beobachteten Fällen frei. Trotz des primären Ergriffenseins der Hinterstränge sind die Sehnenreflexe gesteigert.

Die pellagröse Rückenmarkskrankheit ist gleich dem Ergotismus nicht progressiv; neue Schübe werden durch neuen Angriff der Noxe verursacht. Sekundäre Schädlichkeit, zumal Kachexie, beschleunigen den Verlauf.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c) *Syphilis.*

Rupia, von OHMANN-DUMESNIL-St. Louis. (*St. Louis Med. Review.* 6. Mai 1893.) Nach einigen einleitenden Worten definiert Verfasser die zumeist im tertiären Stadium der Syphilis auftretende Rupia (von ῥύπος-schmutzig), beschreibt die charakteristischen Merkmale, die pathologische Anatomie, die Therapie derselben.

C. Berliner-Aachen.

Behandlung syphilitischer Ulcerationen, von SVERTELKOFF. (*Journ. de méd.* 1893. No. 13.) Bei sehr hartnäckigen Ulcerationen erzielte Verfasser die besten Resultate durch folgende Behandlung: Die Ulcerationen wurden mit 2%iger Wasserstoffsuperoxydlösung gewaschen, getrocknet und mit Watte bedeckt, die in eine vorher erwärmte Mischung von Phenol und Kampfer (1 : 2) getaucht ist. Erneuerung des Verbandes alle 2—3 Tage. Das Geschwür reinigt sich in 3—5 Tagen und granuliert reichlich. Die Vernarbung geht sehr langsam vor sich. Dann streicht man Aristol-Vaselin (1 : 4) oder Dermatol-Vaselin (1 : 1) auf und legt ein Emplastrum mercuriale darüber. Dieses wird zweimal täglich erneuert und bewirkt Heilung in 15—40 Tagen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der oberen Luftwege bei Syphilis, von PALMER. (*Americ. Praction.* Bd. XVI. No. 201.) Vor Einleitung einer antiluetischen Kur ist der Zustand der oberen Luftwege zu prüfen. Skorbut, Stomatitis, schlechte Zähne, Hypertrophie der Tonsillen sind vorher sorgfältig zu behandeln. Die Naseneingänge sind zu inspicieren, wobei man oft schon früh Anomalien luetischer Natur findet. Salzwasser, verdünntes Chlorwasser, Kalium chloricum, warme Nasendusche mit einer Mischung der DOBELLschen Lösung (?) und 15%iger Wasserstoffsuperoxydlösung werden empfohlen, eventuell soll man durch 1%ige Kokainlösung anästhesieren. Bei Gummen der Nasenscheidewand verhüten energische Quecksilberanwendung und lokale Applikation von konzentrierter Höllensteinlösung besser die Perforation, als Jod.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilis der oberen Luftwege, von Dr. SEIFERT Würzburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 42.) Verfasser referiert zunächst über Syphilis der Nase. Der Primäraffekt an oder in der Nase ist selten; er selbst hat noch keinen derartigen Fall beobachtet. 27 Fälle von Schanker der Nase sind im ganzen veröffentlicht; am meisten war der Nasenflügel, am seltensten das Septum ergriffen. Es handelt sich dabei meist um eine direkte Übertragung des syphilitischen Virus, sei es mit den Fingern sei es durch Kufs etc. Diese Schanker können anfangs gutartigen Geschwüren gleichen, lassen sich jedoch bald an der Induration des Grades, an ihrer Gestalt und an der Auftreibung der Nase erkennen. Die Submaxillardrüse und die Lymphdrüse des Ohres sind an der betreffenden Seite indolent geschwollen. Häufiger sind die Frühformen der Syphilis an der Nase, resp. in den Nasenhöhlen. Der syphilitische Nasenkatarrh unterscheidet sich von der akuten Rhinitis dadurch, dafs er nicht so stürmisch einsetzt; die Sekretion ist nicht so reichlich und dauert länger. Bei Erwachsenen ist die Coryza syphilitica leicht zu übersehen, bei Neugeborenen und Säuglingen können jedoch schwere Erscheinungen, Störung in der Respiration und Behinderung beim Sauggeschäfte, eintreten.

Das papulöse Exanthem scheint die Nase nicht so häufig zu befallen, oder es wird vielfach übersehen. Bei Einwirkung chemischer Reize kann es zu tiefergreifenden Zerstörungen, namentlich des knorpeligen Teiles der Nasenscheidewand, kommen, wenn Syphilis und Coryza professionalis (Rhinitis traumatica) zusammenwirken. Rei Perforationen der Nasenscheidewand ist keineswegs immer Syphilis im Spiele; dieselben können vielmehr durch Tuberkulose, Diphtherie etc. häufig zu stande kommen, ja sogar sind Perforationen im Septum cartilagineum verhältnismäfsig selten syphilitischer Natur.

Am häufigsten kommen an der Nase die Spätformen der Lues vor; sie können zur Verwechselung führen mit Lupus und dem Epitheliom, da zerfallene Gummata ein ähnliches Aussehen haben. Der ganze Verlauf und die Einwirkung einer antisyphilitischen Therapie bieten jedoch genügenden Anhalt.

Durch Ulceration des Septum mobile kann es zu argen Entstellungen, Stenosen kommen; die Entstellungen werden noch stärker, wenn der Prozefs auf die Oberlippe und den harten Gaumen übergreift.

Die gummöse Form der Erkrankung im Innern der Nase kommt am häufigsten vor; dieselbe führt fast immer nach vorhergegangenem Zerfall zur Knorpel-, resp. Knochennekrose. Die Entstellung, zu der es sehr häufig kommt, ist die sog. Sattelnase; dieselbe braucht jedoch nicht immer syphilitischer Natur zu sein, sondern kann nach Michelson auf eine traumatische Phlegmone des Zellgewebes am Nasenrücken beruhen; ebenso entsteht bei Rhinitis atrophicans foetida eine der Sattelnase ähnliche Einsenkung, hervorgerufen durch narbige Schrumpfung des Bindegewebes. Zieht der Prozefs die äufsere Haut in Mitleidenschaft, so kommt es zu hochgradigen Zerstörungen der Nase. Die gummöse Rhinitis verläuft anfangs unter dem Bilde eines chronischen Schnupfens, später wird das Sekret fötide, es treten Kopfschmerzen und neuralgiforme Schmerzen im Gesichte auf. Nach Jodkalium tritt dann eine wesentliche Besserung ein. Die Geschwüre am Nasenseptum besitzen longitudinale Form; die nach Zerfall entstandenen nekrotischen Knochenpartien können cerebrale Erscheinungen hervorrufen. Ist Syphilis mit Tuberkulose gepaart, so zerfallen die Infiltrate sehr schnell. Die Geschwüre beider Affektionen unterscheiden sich durch die Form, das Aussehen und die Art der Weiterverbreitung voneinander; event. dient der Nachweis von Tuberkelbacillen zur Sicherung der Diagnose. Lepra und Rotz kommen ebenfalls in Betracht, die Allgemeinerscheinungen bieten jedoch dann genügenden Anhalt. Die Erkennung der Syphilis in den oberen Teilen der Nase bietet häufig Schwierigkeiten.— Verfasser bespricht alsdann die Syphilis des Nasenrachenraumes. Der Primäraffekt ist hier ebenfalls sehr selten; doch sind eine Anzahl Fälle bekannt, wo durch den Tubenkatheter eine direkte Übertragung stattgefunden hat. Von den Frühformen kommen im Nasenrachenraum das Erythem und ulcerierte Papeln vor. Es brauchen dabei keine Erkrankungen der Mundrachenhöhle vorzuliegen, wie dies ein von ihm beschriebener Fall beweist, bei dem Ulcerationen an der Hinterfläche des weichen Gaumens und an den Tubenwülsten etc. bestanden, ohne Veränderung in der Nase und im Munde.

Syphilitische Spätformen kommen sehr häufig im Nasenrachenraume vor; besonders befallen wird der weiche Gaumen um die Plica salpingo-pharyngea, ferner die hintere Rachenwand; die Patienten kommen gewöhnlich schon mit ausgedehnten Ulcerationen zur Beobachtung, so dafs man die Bildung von einem Gumma nicht oft beobachten kann, am ehesten kann man dies noch am Gaumensegel. Bei Kachektischen greifen die Ulcerationen rasch um sich und gehen gleichzeitig in die Tiefe. Bei Vernarbungen kommt es zu mehr oder minder hochgradigen Strikturen, resp. zum Abschlufs der Pars nasalis von der Pars oralis des Nasenrachenraumes; schwere Störungen in der

Sprache und Respiration sind die Folgen. Es kann ferner zu kariösen Prozessen der Halswirbel und zur tödlichen Blutung kommen durch Arrosion der Arteria carotis interna, aufserdem zur Bildung von Retropharyngealabscessen durch Vereiterung von Lymphdrüsen. Differentiell-diagnostisch kommen tuberkulöse Geschwüre in Betracht; dieselben greifen jedoch niemals so sehr in die Tiefe und zeigen auch sonst nicht das Charakteristische der unförmlichen schmutzigen syphilitischen Geschwüre; ferner die diphtherischen, die jedoch kaum solche grofsen Zerstörungen anrichten. Häufiger, als alle andern sind aber die syphilitischen Ulcerationen des Rachens.

Bezüglich der Syphilis des Rachens hat Verfasser selbst nur einmal einen primären Tonsillenschanker beobachten können; im ganzen sind 179 Fälle von Sklerose der Rachenorgane beobachtet worden (nach den Angaben in der Litteratur); am meisten überwiegt der Tonsillenschanker, weil in den Krypten der Mandel das Virus leichter haftet. Die Veranlassung liegt zum grofsen Teil in gemeinschaftlich benutzten Efs- und Trinkgeschirren, zum Teil in der Katheterisation der Tuba Eustachii, bei Kindern durch Milchsauger und Löffel beim Päppeln. Die Geschwüre sind mit einem speckigen Belag bedeckt, die Ränder sind uneben, hart und fühlen sich als starke Ringe an; charakteristisch sind die geschwollenen Submaxillar- und Maxillardrüsen, ebenso die lateralen Halsdrüsen. Nach überstandener Erkrankung bleiben manchmal Usuren zurück, besonders bei hochgradigem Zerfall der Geschwüre. — Von den Frühformen tritt das Erythem auf als sog. Angina syphilitica, ohne besondere Beschwerden hervorzurufen; noch häufiger sind die Schleimhautpapeln, welche flache, rote Erhebungen von dem Umfange einer Linse darstellen; sie sind scharf begrenzt und erheben sich nur wenig über das Niveau. Beim Zerfall entstehen oberflächliche, mit grauem Belag versehene Geschwüre, welche mit diphtherischen Geschwüren leicht verwechselt werden können; das Allgemeinbefinden, der Grad der subjektiven Beschwerden etc. geben genügende Beweismittel, ebenso die bei Lues stets geschwollenen und indurierten Submaxillardrüsen, vor allem aber die Submentaldrüse. Recidive sind namentlich bei Einwirkung chemischer Reize, Tabak, Alkohol sehr häufig.

Die Gummigeschwülste kommen am Rachen ebenfalls häufig vor; auf den Tonsillen bilden sie beim Zerfall kraterförmige Geschwüre, welche auf die Umgebung übergreifen und nach der Vernarbung zu Stenosen des Pharynx führen können. Es können hier Verwechselungen mit tuberkulösen Geschwüren leicht entstehen, namentlich wenn man die vermeintlichen Granulationen ätzt. Verfasser berichtet einen Fall, bei dem er dieser Täuschung nach Ätzung mit Chromsäure zunächst unterlag, wo aber die Behandlung mit Jodkalium die Diagnose in Lues verwandelte. Die syphilitischen Geschwüre greifen in die Tiefe, haben wallartige Ränder, die tuberkulösen sind flach und machen mehr Beschwerden.

Verfasser giebt zunächt eine Übersicht aus der Litteratur über die Häufigkeit der Kehlkopfsyphilis; das Procentverhältnis schwankt, je nachdem die Mitteilungen aus syphilitischen oder aus laryngologischen Kliniken stammen. Am meisten ist das Alter zwischen 20 und 40 Jahren betroffen, Kindesalter selten. Der syphilitische Prozefs kann per continuitatem oder per contiguitatem fortschreiten. Er erwähnt zwei selbst beobachtete Fälle, bei denen von der Hinterwand des Rachens, resp. von den Gaumentonsillen aus der Prozefs sich auf den Kehlkopf verbreitete.

Verfasser bespricht sodann die verschiedenen Formen der Kehlkopfsyphilis, zunächst den syphilitischen Katarrh, welcher meist zu den Frühformen zu rechnen ist; es kommt hier manchmal zu Erosionen an der Epiglottis und den Stimmbändern oder auf der Höhe der Aryknorpel; die Erosionen an der Epiglottis erscheinen wallartig aufgeworfen. — Die syphilitische Papel ist im Kehlkopfe sehr selten; dagegen kommt die Infiltration an allen Stellen des Kehlkopfes vor. Der Kehldeckel

erscheint, wenn er ganz befallen ist, als ein starrer roter Wulst. Erstreckt sich die Infiltration weiter hinab, so kann es zu hochgradigen Stenosen kommen. Bei Infiltraten an den Stimmbändern entstehen dann nicht nur phonische, sondern auch respiratorische Störungen.

Gummata zeichnen sich ebenso wie die Infiltrate durch Neigung zum Zerfall aus. Die Geschwüre finden sich am häufigsten am Kehldeckel, namentlich bei Kindern. In der Umgebung derselben kann es zu entzündlichem Ödem mit Stenoseerscheinungen kommen. Ferner sind die Zerstörungen, die aus dem Zerfall der Geschwüre entstehen, oft recht erheblich; von dem Kehldeckel bleibt manchmal nur ein unförmlicher Stumpf zurück. Tuberkulöse und syphilitische Geschwüre können kombiniert im Kehlkopfe zusammen vorkommen; finden sich in der Umgebung miliare Knötchen, so ist sicher Tuberkulose vorhanden. Carcinomatöse und syphilitische Geschwüre sind objektiv manchmal garnicht zu unterscheiden. — Die Perichondritis kann primär sein meist ist sie aber die Folge der in die Tiefe gehenden Ulcerationen. Die Perichondritis der Aryknorpel kann zur Ankylose führen. Verfasser selbst hat zwei Fälle beobachtet. Durch entzündliche Reizung und kollaterales Ödem kann es zur Laryngostenose kommen; die Narbenbildung kann, je umfangreicher sie ist, zu grofsen Störungen Veranlassung geben. Die ganze Form des Kehlkopfes wird häufig verändert, es kommt zu Stenosen, seltener zur Immobilität der Stimmbänder.

Besonders interessant sind Membranbildungen, welche eine Stenose des Kehlkopfes bedingen; Verfasser hat sie als Folge von Syphilis nicht beobachten können, jedoch sah er eine Anzahl Fälle mit kongenitaler Membranbildung.

L. Hoffmann-Berlin.

Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lungensyphilis und Lungentuberkulose, von Barbe. (*La France méd.* 14. Oktober 1892.) Alle diagnostischen Momente zwischen Tuberkulose und Syphilis der Lungen versagen im Einzelfalle leicht. Nur der Nachweis von Tuberkelbacillen, wo man diese nicht findet, die Verimpfung des Sputums auf Tiere sind mafsgebend. In einem Falle zweifelhafter Natur gab der negative Ausfall der Impfung den Ausschlag. Wo man bei Syphilitikern Tuberkelbacillen im Auswurfe findet, soll zunächst die spezifische Therapie, dann erst die antituberkulöse eingeleitet werden. (Das würde doch nur mit gröfster Vorsicht geschehen können, da Tuberkulöse das Quecksilber oft sehr schlecht vertragen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kenntnis der Lungensyphilis, von Walther Petersen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 39.) Die Stellung der Lungengummata bei Erwachsenen ist noch zweifelhaft; die einen halten sie für häufig, andere zweifeln ihr Vorkommen ganz an. Der mitgeteilte Fall betrifft eine 33 Jahre alte Patientin, die mit starken dyspnoischen Anfällen das Hospital aufsuchte, als deren Ursache eine vorhandene Struma angenommen wurde. Doch weder die Strumektomie noch die Tracheotomie halfen; die Kranke ging schnell zu Grunde. Die Sektion ergab: Syphilitische Narbenstenosen beider Bronchien, Gummata des rechten Unter- und Mittellappens. Interstitielle Pneumonie rechts. Schluckpneumonie und fibrinöse Pleuritis des linken Unterlappens. Interstitielle Hepatitis. Abgelaufene adhäsive Pleuritis beiderseits; Perihepatitis und adhäsive Pelveoperitonitis.

Die mikroskopische Untersuchung der Gummata ergab in der Umgebung der verkästen Herde eine starke Wucherung des peribronchialen und perivaskulären, etwas später auch des interalveolären Bindegewebes; die Alveolen komprimiert, an wenigen Stellen zellig ausgefüllt. Die Zellen. in der bindegewebigen Struktur sind meistens Rundzellen. Die Gefäfse zeigen gröfstenteils meso- und endoarteritische Veränderungen. Keine Riesenzellen. Keine Tuberkelbacillen. Auffallend war eine atypische Epithel-

wucherung, welche von den Bronchiolen ausging. VIRCHOW verlangt für die Diagnose eines Gumma den Nachweis einer bindegewebigen Matrix; dieser ist in diesem Falle erbracht. Den histologischen Anforderungen entsprechen nur wenige Fälle von Lungensyphilis, die sehr selten zu sein scheint. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Diagnose und Therapie der Lungensyphilis, von JULLIEN. (*Union méd.* 1893. No. 48.) Eine 46jährige Frau mit gesunden Kindern leidet seit einem Jahre an luetischen Geschwüren und Tumoren des Unterschenkels; sie ist sehr kachektisch, zeigt abendliches Fieber, Nachtschweifse, mühsame Atmung, Husten, dickeiterigen Auswurf. Hinten links oben Dämpfung und Rasselgeräusche, ebenso längs der Wirbelsäule; rechts Dämpfung in der Fossa supraspinata; vorne links überall Dämpfung, unter dem Schlüsselbeine trockene und feuchte Rasselgeräusche. Im Auswurfe keine Bacillen. Dyspepsie, Magenerweiterung. Behandlung mit Tonicis, Kalomelinjektionen, Jodkalium. Anfangs Besserung, dann wieder Verschlimmerung. Erst die „Injections séquardiennes“ hatten ausgezeichneten Erfolg. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die tertiären syphilitischen Anginen, von HELARY. (*L'Union méd.* 3. Mai 1892.) Verfasser unterscheidet die oberflächlichen tertiär-syphilitischen Prozesse des Pharynx von den zur Perforation führenden, tiefgehenden. Die Prädilektionsstelle der ersteren ist die hintere Rachenwand, der letzteren der weiche Gaumen. Die Zeit des Auftrockens ist eine unbestimmte; es können 2—4—15—40 Jahre seit der Infektion verflossen sein. Bemerkenswert ist das relativ häufige Vorkommen bei hereditär luetischen Individuen. H. hat bei 10—20jährigen Personen ohne andere Äufserungen der Lues Ulcerationen und Perforationen des Pharynx gesehen, die auf spezifische Behandlung prompt heilten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gummöses Geschwür der rechten Mandel, von BEAUSOLEIL. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 487.) Bei einem 23jährigen Menschen bemerkte B. auf der rechten Mandel ein glattrandiges Geschwür von der Gröfse eines 1 Fr.-Stückes. Halsschmerzen hatten schon seit ungefähr drei Wochen bestanden. In der rechten Unterkiefergegend eine leicht geschwollene Drüse; sonst am ganzen Körper nichts Abnormes. Da alle anderen Möglichkeiten auszuschliefsen sind, so stellt B. die Diagnose auf Gumma der Mandel. *Türkheim-Hamburg.*

Die syphilitische Perforation des Gaumensegels, von Prof. DIPLAY. (*Union méd.* 12. April 1892.) Die Ansicht, dafs die Perforation des Gaumensegels eine Folge eines Gumma der Gaumenschleimhaut ist, hält Verfasser für eine irrige; der Vorgang ist vielmehr wahrscheinlich der folgende. Es entsteht eine gummöse Periostitis des Nasenbodens im Anschlufs an eine luetische Coryza; die Synarthrose der beiden Oberkieferknochen und des Vomer bildet den Prädilektionssitz. Der Prozefs wird durch einen der Knochenkanäle auf den Gaumenfortsatz des Oberkiefers fortgeleitet, wo auch eine gummöse Periostitis entsteht. Diese periostalen Prozesse an beiden Seiten des Knochens bewirken Sequesterbildung und in weiterer Folge Perforation. Deshalb ist prophylaktisch der syphilitischen Coryza grofse Aufmerksamkeit zuzuwenden, dieselbe lokal und allgemein zu behandeln. Der Verschlufs entstandener Perforationen ist rationell nur durch eine Operation zu bewirken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Schwere Syphilis der Nasenknochen. Operation nach ROUGE, von CH. AUDRY. (*Arch. prov. de chir.* Tl. II. No. 4.) Zur Entfernung der Sequester bei Nasensyphilis legte er den Schnitt nach ROUGE an, bei welchem die Eröffnung der Nasenhöhle vom Vestibulum oris erfolgt durch Incision an der Grenze von Schleimhaut und Lippe; er rühmt den guten Zugang, die schöne Übersicht. Die Operation wird in ROSEscher

Lage ausgeführt; Blutstillung zur Tamponade. Im Gegensatz zu ROUGE empfiehlt Verfasser, den Schleimhautschnitt zu nähen.

Bei dem ersten Kranken wurde Verlauf durch Otitis media purulenta, Bronchitis purulenta kompliciert; der Patient wurde sehr elend und soll sein Leben nur den Sperminınjektionen zu danken haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über lokale Behandlung der syphilitischen Laryngitis, von GREVILLE-MACDONALD. (*Sem. méd.* 1893. No. 63.) Die luetischen Affektionen erfordern natürlich in erster Reihe eine Allgemeinbehandlung, können aber die lokale Therapie nicht entbehren, welche hier von besonderer Wichtigkeit ist. Es giebt sogar Fälle, in welchen letztere das einzige Mittel ist, um Heilung zu erzielen. Verfasser verfährt in folgender Weise: Bei Plaques muqueuses und oberflächlichen Geschwüren in der Sekundärperiode, wirken Zerstäubungen mit lauwarmer 2‰iger Chromsäurelösungen sehr günstig. In weiter vorgeschrittenen Fällen sind Alaunlösungen 0,5 %, Chlorzinklösungen 1‰, Eisenchlorid 1 % zu Zerstäubungen anzuwenden. Tritt doch nicht Heilung ein, handelt es sich um rapide fortschreitende Ulcerationen tertiärer Natur, dann müssen Kalomeldämpfe in den Kehlkopf geleitet werden. Diese werden in einem kleinen Gefäfse mit schmal zulaufendem Deckel erzeugt; an letzterem befindet sich ein Mundstück, durch welches zwei Röhrchen hindurchgehen. Die eine kommuniciert mit einer Kautschukbirne, welche dazu dient, Luft einzutreiben; die andere ist mit einer gekrümmten Kanüle versehen, welche in den Kehlkopf eingeführt wird, sobald die Dämpfe sich aus dem durch eine Spiritusflamme erwärmten Gefäfse sich zu entwickeln beginnen. Das wird so lange fortgesetzt, bis die Geschwüre mit einer dünnen Kalomelschicht bedeckt sind. Es darf nicht zu viel eingeblasen werden, da sonst leicht Speichelflufs entsteht. Durch dieses Verfahren hat Verfasser die günstigsten Erfolge erzielt, selbst wenn alle anderen Mittel erfolglos geblieben waren. In ähnlicher Weise günstig wirken Jodoforminsufflationen oder Inhalation von Jodoformäther.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Knotige Syphilis des Os hyoideum, von G. T. ELLIOT. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Januar 1893.) Verfasser hat fünf Fälle von Syphilis mit Symptomen beobachtet, die bezüglich ihrer Lokalisation schwer zu deuten waren. Die Patienten empfanden intensiven Schmerz beim Schlingen, Sprechen und bei gewissen Bewegungen des Halses und des Kopfes. Der Schmerz konnte nicht genau lokalisiert werden, sondern wurde in die Gegend des Schlundes verlegt. Während sich weder im Kehlkopfe noch im Rachen irgend etwas Pathologisches vorfand, das die erwähnten Beschwerden hätte hervorrufen können, wurden bei näherer Untersuchung periostale Auftreibungen am Zungenbeine entdeckt, die auf Druck schmerzhaft waren und entweder für sich allein oder in Verbindung mit einer Chondritis oder Perichondritis des benachbarten Schilddrüsenknorpels bestanden.

Verfasser giebt im folgenden die Krankengeschichte von zwei der beobachteten Fälle und schliefst daran therapeutische und litterarhistorische Bemerkungen.

C. Berliner-Aachen.

Zur Kenntnis der gummösen Magensyphilis, von FRANZ BITTNER. (*Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 48.) In der Litteratur findet Verfasser nur neun Fälle von pathologisch-anatomisch sicher gestellter gummöser Syphilis des Magens. KLEBS, CORNIL, A. RANVIER, WEICHSELBAUM, BIRCH-HIRSCHFELD, CHIARI haben diese beschrieben. Verfasser fügt drei weitere Fälle hinzu, die sich alle auf Syphilis hereditaria beziehen.

1. $2\frac{1}{2}$ Stunde alter Knabe zeigt bei der Sektion neben Pneumonia alba Gummata in Leber und Darm, chronischen Milztumor, Osteochondritis luetica, auch in der vorderen Wand des Magens sieben derbe, weifsliche, übererbsengrofse, plattenförmige

Infiltrate, welche hauptsächlich die Submucosa betrafen, aber auch auf Mucosa und Muscularis übergriffen. Das Mikroskop ergab aus grofsen, runden und spindelförmigen Zellen zusammengesetztes Granulationsgewebe mit eingestreuten Leukocyten, am dichtesten angeordnet konzentrisch um die Blutgefäfse. Die Muscularis mucosae war gut erhalten. Einzelne Streifen des Granulationsgewebes reichten bis zur Serosa. Die Drüsen waren im Zentrum sehr spärlich erhalten. Die Intima war meist unverändert, an einzelnen Endothelien sah man ein Auswachsen derselben zu langgestreckten, gegen das Lumen gerichteten Zellen.

2. Bei einem sechsmonatlichen Foetus fand man neben zahlreichen anderen Erscheinungen tertiärer Lues ein linsengrofses, weifsliches Infiltrat im Magen, im Zentrum leicht ulceriert, mit wallartigem Rande.

2. Ein nahezu reifes, maceriert geborenes Kind zeigte neben anderen Zeichen von Lues verdickte Stellen in der Mucosa des Magens, das sich auch als gummöses Granulationsgewebe erwies.

In keinem der drei Fälle gelang es, LUSTGARTENsche Syphilisbacillen darzustellen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilitische Striktur des Rectums, von Dr. THOS. WM. NUNN. (*The St. Louis med. and surg. Journ.* August 1893.) Ein junger Mann heiratete zu einer Zeit, als er sich noch in einem verhältnismäfsig frühen Stadium der Syphilis befand, und steckte seine Frau an. Dieselbe zeigte neben den gewöhnlichen sekundären Symptomen eine Fistula in ano. Eine Untersuchung stellte eine Striktur des Rectums fest; dieselbe äufserte sich in häufigen akuten Katarrhen des Rectums. *C. Berliner-Aachen.*

Die Nierensyphilis. (*Rif. med.* 1893. No. 220.) Es lassen sich folgende Formen aufstellen:

1. Das Gumma der Niere, das seinen Sitz zwischen den Glomerulis oder den Harnkanälen hat und öfters tuberkulöse Erweichungsprozesse oder in Regression begriffene hämorrhagische Infarkte vortäuscht.

2. Die diffuse Nephritis, die keinen spezifischen Charakter aufweist und den anderen interstiellen oder parenchymatösen Nephritiden gleichzustellen ist.

3. Die amyloide Degeneration. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über einen Fall frühzeitiger **Nephritis syphilitica** berichtet JACCOUD (*Gaz. des Hôpit.* nach *Ann. des mal. des org. gen.-ur.* 1894. No. 1.) Ein 26jähriger Mann wird am letzten August von den ersten Zeichen einer subakuten Nephritis befallen, die noch im Oktober bestand. Die Anamnese ergiebt nur, dafs Patient Ende August schwitzend sehr viel Eiswasser getrunken, ferner, dafs am 15. Juni vorher ein syphilitischer Schanker bei ihm entdeckt wurde. Milchdiät nützte nichts, dagegen brachte die spezifische Behandlung in wenigen Tagen das Albumen zum Verschwinden.

JACCOUD unterscheidet drei Formen frühzeitiger Nephritis syphilitica. Die erste zeigt einfache Albuminurie, keine weiteren Unregelmäfsigkeiten des Urins, keine sonstigen Zufälle. Die zweite Form bildet die Glomerulo-Nephritis mit den verschiedenen Veränderungen im Urin; funktionelle Störungen fehlen. Die dritte Form ist die Glomerulo-Nephritis acuta mit Ödem der unteren Extremitäten, sowie in der Lunge, urämischen Anfällen, Hämaturie. Alle Anfälle kommen ganz plötzlich. In dieser letzten Form wird die Nephritis nicht verkannt, wohl aber, dafs Syphilis die Ursache sei. *Neuhaus-München.*

Lebersyphilis. Laparotomie. Heilung, von DELBET. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 782.) Ein kleines Kind von 2½ Jahren erkrankte unter Appetit mangel an einem ungeheuren Bauchtumor, nachdem 10 Monate vorher ein Hautaus-

schlag bestanden hatte. Bei der (wohl recht leichtsinnigen) Eröffnung des Bauches erwies sich die Leber samt den Drüsen am Foramen Winslowii bedeutend vergröfsert. Die Punktion der Leber führte zu keinem Ergebnis. Der Leib wurde einfach wieder zugenäht, das Kind erholte, und die Leber verkleinerte sich. Erst später am Kopfe auftretende Gummata stellten die Diagnose Syphilis sicher. *Türkheim-Hamburg.*

Lebercirrhose, wahrscheinlich auf syphilitischer Grundlage bei einem 34jährigen Manne, demonstriert Moritz in der Sitzung vom 5. April 1893 des St. Petersburger deutschen Ärztevereins. Derselbe war mit heftigem Blutbrechen erkrankt; dazu gesellte sich später Schüttelfrost, Ascites. Nach der Punktion fand man die Leber und Milz vergröfsert. Wiederholte Punktionen etc. bessern den Zustand nicht. Trotzdem Lues geleugnet wurde, gab man dann doch Jodkalium (1,0 pro die); gleichzeitig Schwitzkasten und feste Leibbinde. Darauf schwand der Ascites, die Leber wurde kleiner, die Milz blieb grofs; Patient hat sich sehr erholt.

(Die eingetretene Besserung beweist in diesem Falle wohl kaum den luetischen Ursprung. Es kommt nicht selten vor, dafs erst nach wiederholter Beseitigung des Ascites Rückgang der Erscheinungen eintritt, indem ein Kollateralkreislauf zu stande kommt, was der Ascites verhindert. Dafs die Milz grofs blieb, beweist ganz klar, dafs Stauung noch fortbesteht, die aber durch Kollateralen ausgeglichen wird. Man mufs doch mit den Schlüssen ex juvantibus auch bei der Syphilis vorsichtiger werden. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Hodensyphilis, von Max Joseph. (*Reichs-Med.-Anz.* 1893. No. 15.) Zwei Fälle von Hodensyphilis geben dem Verfasser Gelegenheit, dieses Leiden ausführlicher zu besprechen. Der erste Fall betraf einen 46jährigen Schuhmacher, der sich 1868 inficiert hatte; seit 1884 in kinderloser Ehe verheiratet (keine Aborte); Frau gesund; ist Sommer 1892 der rechte Hoden angeschwollen, im November 1892 entstand eine secernierende Öffnung. Als J. den Patienten Mai 1893 zuerst sah, waren an der Unterfläche des Scrotum zwei Defekte vorhanden; von dem einen, 2 cm langen, quer verlaufenden kam man in einen 2 cm langen Fistelgang. An einer Stelle bestand Fluktuation (Hydrocele von einer Albuginitis luetica?); der Hoden bildete einen glatten, harten, empfindungslosen Tumor, der Kopf des Nebenhodens war verdickt; ein erbsengrofser Tumor war im Samenstrange fühlbar; links nur eine Varikocele; hinter dem Ohre ein Gumma. Nach Schmierkur und Jodkalium Heilung der Geschwüre; der Hoden erscheint höckrig, hart; die fluktuierende Stelle noch fühlbar.

Der zweite Fall betrifft einen 17jährigen, inficierten Arbeiter, der am 20. März 1893 folgende Symptome zeigte: Ulcus durum in sulco coronario glandis, Phimosis, Lymphadenitides inguinales permagnae, primäre interstitielle Epididymitis syphilitica. Am Kopfe der Nebenhoden fühlte man eine links etwas gröfsere, schmerzhafte, knorpelharte Anschwellung. Nach Schmierkur gehen die Anschwellungen erheblich zurück. Dieser Fall ist durch das frühe Auftreten, wie es bisher nur in einem Falle bekannt geworden ist, bemerkenswert; die Begrenzung des Prozesses auf den Kopf des Nebenhodens ist der Gonorrhoe gegenüber charakteristisch. Für die Abgrenzung der Hodensyphilis von der Tuberkulose ist zu beachten, dafs letztere meistens den Nebenhoden ergreift und bald entzündliche Erscheinungen macht, zum Zerfall und zur Fistelbildung führt; aufserdem sind gleichzeitig tuberkulöse Herde in anderen Organen vorhanden, unter denen J. die Samenbläschen und Prostata hervorhebt. Die Epidydimitis gonorrhoica tritt akuter auf, betrifft besonders auch den Schwanz des Nebenhodens. Das Carcinom des Hodens macht lancinierende Schmerzen und tritt meistens einseitig auf, während die Syphilis beide Hoden gewöhnlich ergreift. In vielen Fällen wird der Erfolg der Therapie erst entscheiden. Die Prognose ist in

frühen Stadien günstig, in späteren tritt oft Atrophie ein, die aber nicht gleich völlige Azoospermie zu bedingen braucht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tertiäre syphilitische Epididymitis, von Etienne Rollet. (*Arch. prov. de chir.* Tl. II. No. 4.) Die tertiäre syphilitische Epididymitis ohne Beteiligung des Hodens ist sicher ein seltenes Vorkommnis. Einen solchen Fall beobachtete Verfasser; er betraf einen 36jährigen, vor 1½ Jahren inficierten, nie behandelten Mann. Multiple ulceröse Syphilide, zerfallene Gummata, eine schwere gummöse Osteomyelitis des oberen Endes der linken Ulna bestanden gleichzeitig. Der rechte Nebenhoden war in toto vergröfsert, im Kopf- und Schwanzende je ein nufsgrofser Knoten fühlbar, auf Druck schmerzhaft; der Hoden war ganz gesund. Heilung nach energischer Kur in sechs Wochen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fromaget berichtet (*Ann. d'ocul.*) über einen Fall von **sekundärer Lues der Conjunctiva bulbi** bei einem 45jährigen Patienten, der 18 Monate vorher Syphilis acquiriert hatte. Von den zwei Ulcerationen ist die eine erbsengrofs, die andere ziemlich gröfser. Hochgradige Chemosis, aber kein Katarrh; keine Schmerzen. (Nach *Presse méd. belge.* 1893. No. 42.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz.)*

Beitrag zur Kenntnis der Syphilis des Gehörorgans, von M. Toeplitz. (*New York med. Journ.* 7. Oktober 1893.) Ein 41jähriger, verheirateter Arzt kam wegen Schwerhörigkeit erst des einen, dann des anderen Ohres in Behandlung. Diagnose: Otitis interna. Die Symptome verschlimmerten sich, und drei Tage später wurde die Affektion als syphilitisch erkannt. Am Mittelfinger der linken Hand fand sich nämlich ein kirschgrofses, echtes, hartes Primärsyphilid, das bei einer gynäkologischen Untersuchung acquiriert worden war. Aufserdem wurden Plaques muqueuses auf der Mundschleimhaut und eine beginnende Roseola konstatiert. Energische Hg-Einreibungen nebst Einspritzungen von Pilokarpin bewirkten bald eine wesentliche Besserung aller Symptome. *Philippi Nieheim.*

Zwei Fälle von Clavi syphilitici, von Wohl. (*Pest. med.-chir. Pr.* 1893. No. 12.) 1. Kräftiger Mann, vor fünf Jahren inficiert, damals mit Schmierkur behandelt, zeigt an der Mitte der Beugeseite der mittleren Phalange am rechten Mittelfinger ein erbsengrofses, hartes, etwas prominentes, hornartiges, mit abhebbaren Schuppen bedecktes, zeitweise juckendes Gebilde; ein ähnliches hinter der mittleren Beugefurche derselben Hand und an der Tastfläche der letzten Phalange des rechten Goldfingers. Salicylpflaster und Hebrasche Salbe hatten nichts geholfen. Nach Sublimatlösung (1‰), nachts Quecksilberpflaster, vier Injektionen von Hydrarg. sozojodolicum verschwanden die Clavi in vier Wochen.

2. Ein vor zwei Jahren inficierter und damals mit Schmierkur behandelter Mann zeigte an der rechten Fufssohle medial einen 3 mm langen, in die Oberhaut eingebetteten, planen, gelblich-weifsen, elastisch anzufühlenden Clavus; lateralwärts ist ein kleineres, verhorntes, härteres, flaches Gebilde sichtbar; 2 mm von diesem entfernt ein Hühnerauge; ein dritter, linsengrofser Clavus unter dem linken Knöchel, einer Psoriasis-Efflorescenz ähnelnd. Sublimatbäder, Quecksilberpflaster, Pillen von Hydrarg. salicyl. brachten in 40 Tagen Heilung.

Differential-diagnostisch sind das Hühnerauge und die Warze zu erwähnen: Ersteres betrifft besonders prominente Teile des Fufses, ist schmerzhaft, prominent und hat einen zentralen Zapfen. Die Warze ist scharf begrenzt, prominent, an der Oberfläche gerippt, zerklüftet, uneben, leicht blutend, selten an Hohlhand und Fufssohle. Schwielen, durch Beschäftigung bewirkt, sind kaum mit dem Clavus syphiliticus zu verwechseln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Dactylitis syphilitica, von Franz Eschle. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. B. 1882.)

Beiträge zur Kasuistik der syphilitischen Dactylitis, von Franz Eschle. (*v. Langenbecks Arch.* Bd. XXXVI. Heft 2.)

Die Dactilitis syphilitica ist eine sehr seltene Affektion. Lewin vermochte 1879 nur 27 Fälle aus der Litteratur zusammenzutragen. Verfasser berichtet sehr eingehend über vier weitere Fälle. Der erste betrifft eine damals 38jährige Witwe, in deren Anamnese sichere Anhaltspunkte für Syphilis nicht vorhanden sind. An der Volarseite der dritten, linken Zeigefingerphalange entstand ein linsengroſses, auf Druck empfindliches, leicht verschiebliches Knötchen, das ulcerierte, sich in der Fläche und in der Tiefe ausbreitete, so daſs schlieſslich der Finger exartikuliert werden muſste. Bei dem zweiten Falle, dem 10jährigen Kinde der Vorigen, begann das Leiden in Form einer Spina ventosa; auch hier kam es schlieſslich zur Exartikulation von zwei Fingern. Im dritten Falle handelt es sich um eine 59jährige Witwe, bei der der Prozeſs, ausgehend vom Periost, die dritte Phalanx des kleinen Fingers ergreift und unter spezifischer Behandlung Heilung erfolgt. Der kleine Finger bekam schlieſslich ein papageienschnabelartiges Aussehen. Der vierte Fall ist ein zehn Wochen altes Kind, das neben einer Keratitis, groſsen Geschwüren am Kopf, Papeln etc. am Daumen und Mittelfinger der linken und am Zeigefinger der rechten Hand Schwellungen zeigte, die auch später geschwürig zerfielen. Das Kind geht zu Grunde. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Es geben nicht nur gummöse Neubildungen im Knochenmarke und in der Knochenhaut des Fingers zu der unter dem Namen Dactylitis syphilitica zusammengefaſsten Veränderung Anlaſs, sondern durch mittelbare Beteiligung dieser Gewebe auch die in den Weichteilen entstehenden Gummata.

2. Nichts widerspricht in unseren Fällen dem Satze von Lewin, daſs bei Kindern mehr die osteomyelitische, bei Erwachsenen mehr die periostale Form der Dactylitis in Erscheinung tritt.

3. Es kann bei der Lues (nur der vererbten?) in der Prädilektion für eine gewisse Erscheinungsweise und deren Lokalisation das hereditäre Moment eine hervorragende Rolle spielen.

4. Die Dactylitis scheint besonders heruntergekommene, schlecht genährte und mit Hang zur Skrophulose, resp. Tuberkulose behaftete syphilitische Individuen zu befallen. Temperatureinflüsse und Traumen scheinen weniger von Belang.

5. Quoad prognosin ist die Dactylitis durchaus nicht als eine leicht zu nehmende syphilitische Lokalaffektion aufzufassen. Durch ihre Hartnäckigkeit kann dieselbe Unbrauchbarkeit oder gar Verlust des betreffenden Gliedes nach sich ziehen. Dieselbe deutet zuweilen eine so schwere Form der Lues an, daſs auch andere Komplikationen, welche das Leben des Patienten gefährden, in Aussicht stehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Der Einfluſs von Medikamenten auf Harn und Geschlechtsorgane, von Lander Brunton. (*The Practitioner.* Februar 1893.) Die motorischen Funktionen können erhöht werden durch Nux vomica. Die Unfähigkeit, den Harn zu entleeren, geht oft einher mit einem Krampf des Sphincter, der oft durch Einfluſs höherer Zentren ausgelöst sein kann. Reizbare Individua, die der Miction zu sehr die Gedanken zuwenden, können oft erst urinieren, wenn sie abgelenkt werden. Bei reizbarer Blase geschieht dasselbe, indem ein Gedanke schon einen nicht zu unterdrückenden Harndrang auslöst. In letzterem Falle ist Belladonna zweckmäſsig. Bei

Incontinentia urinae soll man besonders bei Kindern abends Flüssigkeiten meiden, Bromide, Belladonna, Atropin — letzteres bis zur beginnenden Intoxikation — geben. Kanthariden reizen die Nieren; bei kleinen Dosen geben sie aber gute Erfolge, besonders mit Atropin kombiniert. Sie scheinen den Sphincter zu beeinflussen. Von Medikamenten, die auf die Urethra wirken, sind Cubeba und Copaiva von alters her bekannt. Opium ist als örtliches Sedativum zu nennen.

Von Genitalerkrankungen ist besonders die Impotenz viel medikamentös behandelt, bei der aber oft die psychische Behandlung von grofsem Werte ist, da auch hier die Hautthätigkeit viel Einflufs ausübt. Vermehrte körperliche Arbeit lenkt von der Thätigkeit der Genitalorgane ab, was für die Behandlung der Pollutionen von Wert ist. Das Rudern ist von den gymnastischen Übungen wohl die ungeeignetste, weil da örtliche Reizung nicht ausgeschlossen ist. Die lokalen und inneren Ursachen (überfüllte Blase, saurer Harn, Dyspepsien etc.) werden erwähnt. Für Defäkation etc. ist zu sorgen; die diätetischen Mafsnahmen sind den medikamentösen (Atropin, Belladonna, Chinin etc.) überlegen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die sogenannte Fraktur des Penis, nebst Mitteilung eines neuen Falles, von H. Mende. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1892.) Ein 40jähriger Arbeiter läuft mit erigiertem Penis gegen eine Stuhllehne; sofort heftiger Schmerz. Tags darauf wird durch Katheter nur Blut entleert. Der Penis ist stark geschwollen, am Symphysenende bläulich-schwarz gefärbt, nach unten konvex; Vorhaut zurückgezogen; Hauptknickung hinter der Glans, wo Fluktuation fühlbar ist. Das Scrotum ist sugilliert, Wiederholung des Katheterismus gelingt nicht. Boutonnière, Herausleitung des Nélaton aus der Dammwunde, darauf Abschwellung des Penis. Fünf Tage später Spaltung im vorderen Teile des Penis, acht Tage darauf Anfrischung und Naht der quer durchrissenen Harnröhre. Heilung mit Erhaltung der Funktion. 14 weitere Fälle aus der Litteratur werden berichtet. Das Wichtigste ist immer, ob die Harnröhre zerrissen ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Tuberkulose des Penis, von Poncet-Lyon. (Kongrefs für Erforschung der Tuberkulose, ref. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 72.) Die Tuberkulose des Penis zeigt drei Varietäten:

1. Die balano-präputialen Läsionen, sehr selten, durch direkte Inokulation entstanden; sie erfordern energische lokale Behandlung.

2. Die urethralen Affektionen, meist sekundär, erfordern nur selten Behandlung, nämlich wenn Schmerzen oder Ausflufs unerträglich sind.

3. Dissemination der Keime im periurethralen Gewebe und Bildung von Abscessen, die septische Erscheinungen hervorrufen können. Als Therapie empfiehlt sich die Urethrotomia perinealis, event. die Amputation. *F. Hahn-Bremen.*

Operation der Phimose nach Dr. Hagedorn, von Habs. (*Centralbl. f. Chir.* 1893. No. 40.) Die Spaltung läfst schürzenartige Lappen, die Circumcision meist eine Verdickung am Frenulum (? D. Ref.) zurück. Das Verfahren von Hagedorn ist folgendes:

1. Umschneidung der äufseren Haut.
2. Spaltung der Vorhaut am Penisrücken.
3. Umschneidung der Schleimhaut.
4. Abtragung des so umschnittenen Vorhautlappens.
5 Vernähung der Schleimhaut mit der äufseren Haut.

Ad 1. Zwei genau in der Mittellinie liegende Punkte, oben *b* und unten *a* werden bestimmt, dieselben durch nur die Haut durchtrennende Schnitte beiderseits verbunden. Der obere Punkt wird dicht hinter der Eichel, der untere in der Mitte

derselben gewählt; dadurch entsteht unten ein Winkel zur Bildung eines neuen Frenulums. Vom oberen Punkte wird die Haut nach der Peniswurzel zu einige Millimeter eingeschnitten.

Ad 2. Spaltung beider Blätter am Dorsum auf der Hohlsonde, bis man das Präputium zurückschieben kann; dann Verlängerung des Schnittes bis zum oberen Punkt *b*, aber nur in der Cutis. Der Schnitt durch das innere Blatt wird nur bis in die Nähe des Sulcus coronarius geführt und bildet dann das dreieckige Rosersche Läppchen *d*.

Ad 3. Unter starkem Zurückziehen der Vorhaut umschneidet man von den Seitenschnitten des Roserschen Läppchens beiderseits symmetrisch das innere Vorhautblatt bis zum Frenulum, ohne die Gefäſse des Unterhautzellgewebes zu verletzen. In den unten entstehenden Winkel *e* wird der früher gebildete Winkel *a* eingenäht.

Ad 4. Mit Arterienklemmen zieht man die Vorhaut an Punkt *b* und *d* stark an, dann löst sie sich von der Unterlage leicht ab und fällt fort.

Ad 5. Man vereinigt die freien Ränder der Haut *a*, *b*, *a* und der Schleimhaut *e*, *d*, *e* nach sorgfältiger Blutstillung mit Catgut. Die Catgutenden bleiben lange stehen, und wird das eine Ende immer nach der Glans, das andere nach dem Penisschaft gelegt. Dann wird Jodoformpulver aufgestreut, Jodoformdocht längs der Nahtlinie auf die Knoten gelegt und die Enden über denselben geknotet; ein lockerer Gazestreifen vollendet den Verband. Der Docht fällt nach Resorption des Catgut gewöhnlich ab, und die Heilung ist erfolgt. Die Haut muſs stets stark angespannt, die Vorhaut stark zurückgezogen, das Messer ganz leicht geführt werden, damit es nicht tiefer in das Zellgewebe dringt.

Bei Paraphimosis operiert man im wesentlichen ebenso; der obere Punkt *b* kommt hinter den einschnürenden Ring. Im zweiten Akt durchtrennt man die Haut in umgekehrter Richtung von Punkt *b* aus, bis die Eichel frei liegt.

Der kosmetische Erfolg war stets ein vortrefflicher, die Entfernung von Geschwüren und Sklerosen läſst sich leicht mit der Operation verbinden. Recidive sind ausgeschlossen. Selbst bei phagedänischen oder syphilitischen Geschwüren erfolgte die Heilung vielfach per primam. Die Operation ist einfacher, als es nach der Beschreibung scheinen mag. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zu Prof. Zweifels Bildung einer künstlichen Harnröhre mit künstlichem Sphincter, von O. Zuckerkandl. (*Centralbl. f. Chir.* 1893. No. 42.) Zweifel hat in einem Falle nach Exstirpation der Urethra beim Weibe die Bauchhöhle eröffnet, die Blase an der hinteren Wand geschlitzt, einen Katheter eingeführt und dann zwei parallele Längsfalten der Blasenwand durch die Nath fixiert. Zuckerkandl weist nun nach, daſs dabei von einem Sphincter keine Rede sei, da der Urin ja durch den mit Quetschhahn versehenen Katheter entleert wird, und daſs diese Faltenbildung keinen Vorteil vor der üblichen Blasenfistelanlegung habe, dagegen die Eröffnung der Peritonealhöhle verlange, was doch nicht gleichgültig ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Diagnostik und Therapie chronischer Harnröhrenerkrankungen, von Arthur Kollmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 29.) Die Oberländersche Methode der Endoskopie ist den reflektorisches Licht benutzenden weit überlegen, so daſs es sogar gestattet, Photogramme aufzunehmen, wie sie K. ja schon auf dem internationalen Ärztekongreſs ausgestellt hat. In dieser Arbeit will K. nun über die Neuheiten auf dem Gebiete der instrumentellen Technik berichten. Als Stromquelle benutzt K. jetzt einen Accumulator mit gelatinöser Füllung (System Tudor); 6 M.-A. genügen, um den Platindraht glühend zu machen. Auch eine Tauchbatterie genügt dazu vollständig. Teils zu diagnostischen, teils zu therapeutischen Zwecken dienen die endoskopische

Sonde, der Sekretfänger, die Injektionskanüle, die endoskopischen Messer, die intraurethrale Zange, der scharfe Löffel, die Verfasser jetzt verwendet. Dieselben sind in meinem Berichte über die Demonstration des Verfassers in der Abteilung für Dermatologie und Syphidologie der Nürnberger Naturforscherversammlung geschildert worden; ich darf deshalb wohl hier auf den Bericht verweisen. Hier seien nur noch erwähnt der Knieobturator von Oberländer zur Untersuchung der hinteren Harnröhre, der dilatierende Tubus, der dilatierende Intraurethotomie-Tubus; letzterer enthält eine Führungsschiene für das Messer. Auch zur einfachen Dilatation sind neue Instrumente angefertigt, von denen hervorgehoben sei der Oberländersche Dilatator in Form einer Beniquésonde, der nur die hintere Harnröhre dehnt, während die übrigen Teile unberührt bleiben. Der Anfertiger der Instrumente ist Heynemann-Leipzig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Lehre von primärem Carcinom der Urethra, von F. M. Oberländer. (*Intern. Centralbl. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1893. Bd. IV. Heft 5.) Der beobachtete Fall ist ein Unicum: ein endoskopisch erkanntes, primäres Carcinom der Urethra; nur sieben Fälle sind in der Litteratur bekannt. Ein seit 40 Jahren an chronischer Gonorrhoe, Strikturen, Blasenkatarrh leidender Herr zeigte eine haselnufsgrofse, härtliche Geschwulst an der Pars bulbosa; beim Katheterisieren blutete es. Die Geschwulst wurde im nächsten Monate gröfser. Endoskopisch sah man am Bulbusende eine halbmondförmige weifse Narbe, umgeben von trockener Schleimhaut, kleinere Narben in der ganzen Urethra. Die Geschwulst lag hinter der Narbe, war hochrot, an der Oberfläche hügelig, himbeerähnlich. Untersuchung von Geschwulstpartikelchen stellte Carcinom fest. Excision des erkrankten Urethralstückes, $1^1/_2$ cm oberhalb und unterhalb des Tumors, Vereinigung der beiden Enden durch Catgutnähte, Heilung in drei Wochen durch lineäre Verwachsung; nach einem Jahre noch kein Recidiv.

Harnröhrencarcinome sind nur bei Strikturkranken und Gonorhoikern gefunden, lokalisierten sich immer am Damm, gingen auf den prostatischen Teil über, infiltrierten die Harnröhre und dann die Corpora cavernosa. Der Zerfall derselben führt zu Phlegmonen am Damm und Harnfisteln. Differentialdiagnostisch kommt das Carcinom der Cowperschen Drüsen in Betracht, das bisher dreimal beobachtet, aber mehr umschrieben ist. Die in diesem Falle mitexstirpierten Inguinaldrüsen erwiesen sich als normal, demgemäfs konnte auch eine gute Prognose gestellt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zerreifsung der Urethra beim Manne, von R. W. Stewart. (*Med. News.* 14. Oktober 1893.) Bei solchen Fällen von Harnröhrenzerreifsung mit Extravasation und nachheriger Harnverhaltung, bei denen die Einführung eines Katheters sich nicht bewerkstelligen läfst, empfiehlt Verfasser neben den zur Entleerung des extravasierten Urins nötigen Incisionen ins Scrotum und Perineum folgende Operationstechnik: Nach Ausführung des hohen Blasenschnittes sucht man mit dem Finger das Orificium internum urethrae auf und führt durch dasselbe eine Stahlsonde bis zum Durchtritt aus dem Harnröhrenrifs und dem Perinealschnitt vor. Mittelst der Sonde wird dann ein feines Drainrohr vom Rifs her bis ins Blaseninnere hineingeführt. Indem man alsdann die Sonde vom Orificium externum urethrae her bis an die Rifsstelle einführt, mit dem anderen Ende des Drains armiert und zurückzieht, gelingt es, eine vollkommene Kommunikation herzustellen. Nötigenfalls werden die Wundränder mit einigen Catgutnähten aneinander befestigt. Drei auf die Weise behandelte Fälle gaben alle ein gutes Resultat.

Philippi-Nieheim.

Perineale Urethrostomie. Anlegung einer widernatürlichen Öffnung am Damme, von Coignet. (*Thèse de Lyon.* G. Steinheil. Paris 1893.) Die Anlegung einer

Urethralfistel am Damm ist von PONCET 1892 angegeben; sie wird Urethrostomie genannt. Ihre Indikationen sind: Alte Strikturen, die immer wieder undurchgängig werden; Harnröhrenzerreiſsungen, Prostatahypertrophie (zur Erleichterung des Katheterismus. Das periphere Harnröhrenende wird durch Naht geschlossen, das zentrale am Damm mit Drahtsuturen befestigt. Bei vorhandener Harninfiltration und Abscessen werden zwischen Schleimhaut und Haut kleine Jodoformgazestreifen eingeschoben. Die Heilung tritt in 2—6 Wochen ein; die Nähte werden am achten Tage entfernt. Die künstlich verkürzte Urethra muſs regelmäſsig katheterisiert werden, da Neigung zur Schrumpfung des umgebenden Gewebes besteht. Daſs ein fruchtbarer Coitus nach der Operation nicht möglich ist, muſs natürlich stets in Betracht gezogen werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle von cirkulärer Urethroraphie, von PEARCE GOULD. (*The Lancet* 13. Mai 1893.) Verfasser schlägt, um die beiden Gefahren der Zerreiſsung der Harnröhre (Harninfiltration, Bildung einer derben Narbe) zu verhüten, unmittelbare Vereinigung der durchtrennten Teile durch die Naht vor.

1. Fall: 11jähriger Knabe. Zerreiſsung der Urethra unter der oberflächlichen Dammfascie durch Fall von der Bank; Operation 27 Stunden nach dem Unfalle. Incision, Vereinigung der durchtrennten Teile durch die Naht, Eröffnung der Blase über den Pubes, Einlegung eines Katheters in die Blase. Entfernung des Katheters nach erfolgter Heilung. Eine später entstehende Dammfistel heilt nach Einbringen eines Katheters durch die Urethra. Heilung.

2. Fall: 41jähriger Mann. Zerreiſsung der Harnröhre durch Fall von der Leiter auf eine eiserne Stange; Incision in der Raphe, Einführung eines Katheters in die Blase, der liegen bleibt, Vereinigung der Urethralenden durch die Naht. Die Nähte dürfen nicht die Schleimhaut mitfassen. Heilung.

Die im ersten Falle ausgeführte Cystotomie war unnötig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

BITNER (*Przeglad chirurgiczny*. 18. Bd. I. Heft 2) berichtet über einen Fall von **Hypospadias** bei einem 17jährigen Mädchen, welches von ihrem 7. Jahre an an Incontinentia urinae litt. Die Untersuchung ergab ein Fehlen der hinteren Urethralwand auf eine Länge von 1,5 cm vom Orificium externum. Verfasser heilte den Zustand definitiv nach der Methode von GERSUNY (Lospräparieren der Urethra bis zum Blasenhalse, Sutur des Defektes, Torsion der ganzen Urethra um ihre Längsachse und Fixation derselben in dieser Lage durch eine Anzahl Nähte).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Bei der Besprechung von zwei Fällen von **Urethralpolypen** erklärt MISIEWICZ (*Nowiny lek.* No. 4), daſs dieselben mit Sicherheit nur mit Hülfe des Endoskops (NITZE-Leiter) diagnosticiert werden können. Bezüglich der Therapie stellt er folgende Indikationen auf: Nicht-gestielte Polypen werden mit der Zange, gestielte mit der Schere, voluminösere mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

DUBOURG berichtet über eine 58jährige Frau, bei der sich ein **Urethralstein** gebildet hatte, welcher schlieſslich die Harnröhre perforierte und per vaginam entleert wurde. Da Patientin nur über ganz geringfügige Harnbeschwerden zu klagen hatte und es besonders nicht zu einer bedeutenderen Obstruktion der Harnröhre gekommen war, nimmt D. an, daſs sich der Stein in einer ampullenartigen Erweiterung der Urethra niedergelassen hatte, dem Urin freie Passage lassend, und daſs es durch weitere Vergröſserung des Steines schlieſslich zu Usur und Perforation der Urethralwand gekommen war. (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1873. No. 29.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Urethralstrikturen bei Frauen, von GENOUVILLE. (*Rev. chir.* 1893.) Strikturen der Urethra bei Frauen sind selten. Der Ätiologie nach zerfallen sie in infektiöse (blennorrhagische) und traumatische. Letztere sind bei Frauen relativ häufig. Die Symptome variieren von geringen Urinbeschwerden bis zu vollkommener Urinretention. Die Beschwerden sind beim Weibe meist hochgradiger, als beim Manne, da die weibliche Blase schwächer ist und leichter ermüdet. Cystitis, Pyelonephritis können im Gefolge von Strikturen entstehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine Betrachtung über 404 Fälle von einzeitiger Dehnung bei Harnröhrenstriktur und die Resultate bei 28 derselben, von C. L. SCUDDER. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Oktober 1893.) Nach einem geschichtlichen Überblicke über die Entwickelung des Dilatatoriums (DESAULT, MAISONNEUVE, LUXMOOR, PERRÉVE, HOLT), wobei namentlich das BIGELOWsche Instrument genau geschildert, abgebildet und empfohlen wird, und nach einer Beschreibung der anzuwendenden Technik bespricht Verfasser die Resultate von 404 Fällen, welche im Laufe der letzten zwölf Jahre im Massachusetts-General-Hospital von den sechs verschiedenen dort thätigen Chirurgen mittelst Dehnung allein behandelt worden waren. Todesfälle waren acht zu verzeichnen, also 1,9 %, doch war die Operation an sich kaum jemals eigentlich an dem ungünstigen Ausgange schuld.

Bei den 28 Fällen, über deren Befinden zur Zeit der Abfassung der Arbeit das Resultat festgestellt werden konnte, war dasselbe fast immer sehr günstig. Interessant ist ferner die Zusammenstellung der durch Obduktion verificierten Resultate der Dehnung, zum Teil aus der Litteratur, zum Teil aus den Protokollen des Hospitals geschöpft; bei einigen Fällen konnte nachgewiesen werden, daſs das Strikturgewebe selbst durchtrennt worden war; meistens fanden sich aber die Spuren von longitudinalen, gewöhnlich glatten und stets harmlosen Einrissen der umgebenden Schleimhaut. Die einzeitige Dehnung mit dem Bigelow, schlieſst der Verfasser, ist eine nützliche, sehr wenig gefährliche und namentlich für tiefsitzende, weichere Strikturen entschieden empfehlenswerte Operation. *Philippi-Nieheim.*

Eine neue Sonde zur Dilatation von Strikturen, von REICHMANN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 33.) Verfasser hat eine neue Sonde, in erster Linie zur Dehnung von Oesophagusstrikturen, meist carcinomatösen Ursprungs, konstruiert, die das von SENATOR diesen Sonden am untern Ende eingefügte Laminariastück, welches durch Quellung die Striktur dilatiert, ersetzen soll. Die von ihm angegebene Hohlsonde trägt am untern Ende einen geschlossenen, abgerundeten Ansatz, der mit mehreren seitlichen Öffnungen versehen und an dieser Stelle von einem nicht zu dünnen Kautschukmantel umgeben ist. Durch Aufsetzen eines Doppelgebläses auf diese Sonde kann man diesen Kautschukmantel, nachdem er in die strikturierte Stelle eingeführt ist, aufblähen und so dilatierend wirken. Man muſs den Grad der Dehnung durch die Erfahrung abmessen, und kann ihn dann leicht abstufen. Vorläufig werden Sonden von 5, 7, 9 mm Durchmesser konstruiert, doch hofft Verfasser, daſs auch die Herstellung von kleineren Kalibern für die Harnröhre gelingen wird.

F. Hahn-Bremen.

Weitere Erfahrungen über elektrolytische Behandlung von Strikturen der Harnröhre, von Prof. EDUARD LANG. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 42, 43 u. 44.) Verfasser giebt den Bericht über die Fortschritte, welche die elektrolytische Behandlung von Urethralstrikturen seit seiner früheren Publikation gemacht hat. Die biegsame Strikturenelektrode hat er aufgegeben und die starre mit olivenförmigem resp. birnförmigem Ende an ihre Stelle gesetzt, mit der er stets zum Ziele kam, wenn auch nur das dünnste elastische Bougie eingeführt werden konnte. Als Leitbougie

diente meistens ein elastisches Bougie, Charrière No. 6. Permeabilität der Striktur ist die Grundbedingung für Anwendung der Elektrolyse; die Zahl der absolut impermeabeln ist aber bekanntlich eine minimale. Bei hochgradigen Verengerungen ist die Elektrolyse die einzig zulässige Methode, zumal sie in einer Sitzung das leistet, was man sonst oft in Wochen kaum erzielt. Die Reaktion ist nicht heftiger als diejenige nach Bougierungen. Die Wirkung besteht bei schwachen Strömen und kurzdauernder Anwendung in einer serösen Durchfeuchtung und Dekomposition der Gewebe durch Wasserstoffgas (Kathodenwirkung), bei starken in einer Mortifikation. Man kann dieses am besten studieren bei der elektrolytischen Depilation. Die geringste Stromintensität war 3 M.-A., aber auch 5—10 M.-A. rufen, wenn man die Applikationsdauer auf eine umschriebene Stelle nicht zu lange ausdehnt, keine tiefere Zerstörung hervor. Recidiven beugt man vor, wenn man ab und zu eine Vollbougie einführt; Verfasser kennt Fälle, in denen das Resultat noch nach zwei Jahren unverändert dasselbe war. Assistenz zur Regulierung des Rheostaten und zum Ablesen des Galvanometers ist empfehlenswert. Einige günstige Fälle illustrieren die Erfolge. Schwierigkeiten macht es, wenn ein starker Callus besteht; hier mufs zu stärkeren, wahrscheinlich Mortifikation bewirkenden Strömen gegriffen werden. Auch bestehende falsche Wege sind sehr erschwerende Momente, wie aus den kasuistischen Belegen hervorgeht. Der Elektrolyse wird meistens eine intraurethrale Injektion mehrerer Gramm einer 5%igen Kokainlösung vorausgeschickt, aber auch ohne diese ist der Eingriff gewöhnlich nicht sehr empfindlich; sehr schmerzhaft sind aber kallöse Strikturen; durch subkutane Injektion von Kokain oder Morphium in der Nähe der Striktur kann man den Schmerz zu lindern suchen. Im ganzen spielt die Individualität eine grofse Rolle, ein Patient, über den genauer berichtet wird, mufste sogar chloroformiert werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Den in der Société de Chirurgie durch Tuffier und Reynier gegen die **lineäre Elektrolyse bei Harnröhrenstriktur** geäufserten Ansichten stellt J. A. Fort (*Rev. de Chir.* 1893. No. 20) diejenige von Guelliot gegenüber, welcher an gleicher Stelle die Vorzüge der Methode hervorgehoben hat und letztere adoptiert hat.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Urogenitalaffektionen mit besonderer Rücksicht auf den Katheterismus, von L. Farkas. (*Pest. med. chir. Presse.* 1893. No. 10.) Katheter sollen folgendermafsen gereinigt werden: Abwaschen mit Seife, Reinigung mittelst heifsen Dampfes durch 50—60 Sekunden, Abwischen mit in Alkohol getauchter Gaze, Abspülen überschüssigen Alkohols mit 3%iger Borlösung, Bestreichen mit 10%iger Salolvaseline mittelst starker Gaze. Dauerkonservierung steriler Katheter in sterilisierten Glasröhren, die mit Watte und Gummikappe verschlossen sind. Für die Hospitalpraxis hat Verfasser dazu einen zerlegbaren Metallkasten konstruiert. Um Spritzen steril zu erhalten, hat er an dem Stempel eine Rinne angebracht, in die jedesmal ein sterilierter Gummiring vor dem Gebrauch eingelegt wird. Die Infektion der Harnblase wird vermieden durch gründliche Reinigung der Hand und des Penis, der durch eine durchlöcherte Kompresse gesteckt wird, durch wiederholtes Ausspritzen der Harnröhre mit 3%iger Borlösung, durch mehrmalige Ausspülung der Blase nach jeder Katheterisation. Bei zersetztem Harn wie bei jedem Prostatiker werden 40—50 g einer 3%igen Borsäurelösung oder 1‰ Argentum nitricum- Lösung in der Blase gelassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pyämie nach Katheterismus, von Guidone. (*Rif. med.* 1893. No. 228 u. 229.) Ein 26jähriger Patient, der öfters Erkältungen ausgesetzt war, erkrankte an Retentio urinae und mufste öfters katheterisiert werden, wobei öfters blutiger Urin entleert wurde. Plötzlich traten Schüttelfröste hinzu, und an mehreren Körperstellen zeigten

sich nacheinander grofse Abscesse; zwei Monate nach Beginn der Erkrankung starb der Mann an Pyämie. Die Sektion ergab eine vollständig gesunde Blasenschleimhaut, Abscesse mit Strepto- und Staphylokokken in verschiedenen Organen und in der Urethra, hinter dem Bulbus eine Narbe. Es darf angenommen werden, dafs durch den einen oder anderen der verschiedenen Katheterisierungsversuche die Urethra an genannter Stelle verletzt wurde und eine allgemeine Infektion herbeigeführt hat. Verfasser verweist hierbei auf Versuche von Alling, Maas, Pinner, Fhélip an Hunden, welche als Resultat ergeben haben, dafs die Absorption in der Urethra

1. derjenigen der Zellen (Maas und Pinner) und der normalen Blasenschleimhaut (Fhélip) gleichzustellen sei,

2. besonders in deren hinterem Teile stattfinde.

Andererseits ist es eine bekannte Thatsache, dafs das Unterhautzellgewebe einen vortrefflichen Boden für mikroparasitäre Invasion abgiebt. Verfasser ist der Überzeugung, dafs die verschiedensten Mikroorganismen nicht allein Septikämie, sondern auch Pyämie erzeugen können. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Beitrag zur Prophylaxe der sogenannten Cystitis e catheterisatione, von Grosglik. (*Prz. chirurg.* Bd. I, H. 2.) Gestützt auf die Thatsachen, dafs die Urethra eine Menge von Mikroorganismen enthält, welche trotz aller antiseptischen Mafsnahmen mit dem Katheter in die Blase geschleppt werden; dafs eine Desinfektion der Urethra weder von aufsen, noch von innen (Salol) möglich ist; dafs die Harnretention das Zustandekommen einer Cystitis begünstigt: stellt Verfasser folgende prophylaktische Postulate auf: 1. Peinliche Antisepsis. 2. Verwenden weicher an Stelle harter (metallischer) Sonden zur Vermeidung von Schleimhautverletzungen. 3. Langsames, progresives Ablassen des Urins bei auch nur vorübergehender Retention, da eine plötzliche Entleerung leicht eine Blasenhyperämie erzeugt, welche die Ansiedelung von Mikroorganismen begünstigt. 4. Diese Prozedur mufs in Zwischenräumen von nicht über sechs Stunden wiederholt werden, bis die Blase spontan entleert werden kann. 5. Kann aus irgend einem Grunde dieser periodische Katheterismus nicht stattfinden, so soll zum Verweilkatheter gegriffen werden, der dem Verfasser vorzügliche Dienste geleistet hat. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Ätiologie der Cystitis, Vortrag von Huber-Zürich. (*Correspondenzbl. f. schw. Ärzte.* 1893. p. 659.) H. untersuchte den Harn von sechs Cystitispatienten und konnte an demselben mit grofser Konstanz Reinkulturen eines pathogenen Mikroorganismus züchten und zwar einmal Streptococcus und fünfmal einen Bacillus der dem Bacillus coli sehr ähnlich sah, eventuell mit diesem identisch ist und sich als sehr pathogen erwies für Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von schleimartigen Uretercysten, von J. Clarke (The Lancet. 6. Febr. 1892.) Es bestand links Hydronephrose; auch in einer der Pyramiden der linken Niere fanden sich mehrere Cysten; ebenso Cysten in einem Nierenkelch und im Nierenbecken, sowie zahlreiche Cysten von der Gröfse eines Hanfkornes im obern Teil des Ureters. Die Blase zeigte Cysten an der Ureterenmündung und am Blasenhalse. Die Cysten im Ureter enthielten jene grofsen Zellen, die man für Coccidien hält. Die kleinsten Cysten enthielten nur epitheliale, gequollene Zellen; die gröfseren Zellen in älteren Cysten hält Clarke gleichfalls für epitheliale Elemente, die weiterhin degeneriert sind; er will nicht entscheiden, ob solche Cysten durch cystische Degeneration einer einzigen Zelle entstehen können, glaubt aber auch nicht an die parasitären Psorospermien als Urheber dieser Erkrankung. In einem Falle von Silcock scheint die Sache allerdings anders, da die Zellen fortfuhren sich zu vergröfseren,

bis die Gewebsstücke gehärtet wurden, was Zellen nie thun können, wohl aber Psorospermien. Verfasser hält die durch Massage geheilten Fälle von Hydronephrose für solche von derartigen Uretercysten. Er empfiehlt eingehenden Gebrauch des Cystoskops und ferner Untersuchung des Urins, die vielleicht ein chemisches Irritans als Ursache dieser Bildungen enthüllt. *F. Hahn-Bremen.*

Bemerkungen über Entzündung im prävesikalen Raume (Cavum Retzii), von P. Thorndike-Boston. (*Journ. of cutan. and genit.-urin. Dis.* September 1893.) Der Raum liegt extraperitoneal und gestattet der Blase, wenn dieselbe sich mit Urin füllt, sich auszudehnen. Nach vorn grenzt die Kavität an die Schamfuge und die vordere Schicht der Fascia transversalis Cooperi, nach hinten an die Blase und an die hintere Schicht derselben Fascia.

Seine Untersuchungen bezüglich einer Entzündung in diesem Raume resumiert Verfasser dahin: Von den beschriebenen Fällen prävesikaler Entzündung verläuft eine geringere Zahl ohne Eiterung; in der Mehrzahl kommt es zur Abscefsbildung. Viele von diesen Fällen entstehen durch Fortsetzung eines Entzündungsprozesses von den benachbarten Organen, namentlich von der Blase, der Prostata und der Urethra. Sehr wenige entstehen durch Traumen und gelegentlich auch auf metastatischem Wege. Die Abscesse im prävesikalen Raume sind nach den Beobachtungen englischer Autoren meist tuberkulösen Ursprunges.

Die Prognose ist nicht unbedingt ungünstig. Von 33 idiopathischen Fällen, die ein Engländer beobachtet hat, heilten 14 ohne Operation und ohne spontane Eröffnung ab; sieben wurden incidiert und besserten sich langsam; zwölf öffneten sich spontan. Von diesen letzteren endeten vier durch allgemeine Peritonitis letal, im ganzen also nur $12\frac{1}{2}\%$, was mit Rücksicht auf die Schwere der Erkrankung einen geringen Prozentsatz bedeutet. *C. Berliner-Aachen.*

Versuche über die Beziehungen zwischen Blase und Nierenbecken, von L. Lewin und H. Goldschmidt. (*Virchows Archiv.* Bd. 134. Heft 1.)

Experimentelle Studien über die Beziehungen zwischen Blase und Harnleiter, von L. Lewin und H. Goldschmidt. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1893. No. 32.) Klinische Beobachtungen führten die Verfasser zu der Frage: „Wie verhält es sich mit dem normalen Verschlufs des Harnleiters bei seinem Eintritt in die Blase; ist ein Rückstrom aus der Blase in den Harnleiter möglich und welche Bedingungen sind hierzu nötig?“ Es ist klar, dafs an und für sich die Möglichkeit eines Rückstroms nicht wahrscheinlich ist, da die Richtung des Ureter, der Verlauf in der Blasenwand, die fest geschlossenen Lippen der Mündung, die Enge desselben durchaus ungünstige Momente sind. Verfasser stellten Versuche an männlichen Kaninchen an unter Benutzung von Farbstofflösungen und Milch. Es konnte zunächst festgestellt werden, dafs eine starke Ausdehnung der Blase dem Übertritt ungünstig ist, derselbe aber bei mäfsigem Drucke erfolgt. Bei muskelkräftiger, nicht stark ausgedehnter Blase tritt der Inhalt ohne gleichzeitige Injektion in den Ureter und das Nierenbecken über, wenn die Entleerung durch Unterbindung des Ureter gehindert ist. Dieser gerät in lebhafte peristaltische und antiperistaltische Bewegungen, wobei er den Inhalt wieder in die Blase oder auch in das Nierenbecken treibt. Ist die Dehnung eine zu starke, dann tritt ein Lähmungszustand ein. Das Resultat trat nicht regelmäfsig ein und ist durch physikalische Verhältnisse allein nicht zu erklären; es ist vielmehr nötig, dafs die Ureterenöffnung sich aktiv öffnet. Überträgt man dieses auf den Menschen, so hat man darin ein wichtiges ätiologisches Moment für mancherlei pathologische Vorgänge, die sich an Blasenausspülungen knüpfen und ähnliches. Auch gewisse hydronephrotische Zustände

lassen sich durch die Rückflut erklären, die durch eine abnorme Reizbarkeit der Blase bedingt ist, ebenso manche Schmerzzustände, die man als Nephralgien bezeichnet hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Cystoskopie, klinischer Vortrag von Verhoogen. (*La Policlinique*. 1893. No. 18.) Vortragender bespricht an der Hand von fünf Fällen die Indikationen und die Anwendungsweise des Cystoskops. Als Instrument hat sich ihm der von Fenwick modifizierte Leitersche Apparat am meisten bewährt. Zur Blasenanästhesie, wo diese notwendig wird, bedient er sich nicht des Kokains, weil dieses nur die Schleimhaut, nicht aber die Muskulatur beeinflufst, vielmehr mufs öfters zum Chloroform gegriffen und bei äufserster Empfindlichkeit von der Cystoskopie überhaupt abgesehen werden. Nur zur Anästhesierung des Blasenhalses macht er eine Injektion von circa zehn Gramm einer $^1/_2$—1 %igen Kokainlösung. Schliefslich betont er den hohen Wert der Cystoskopie zur Sicherstellung der Diagnose. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

In drei Fällen von **Tumor vesicae (Carcinom, Sarkom)** stellte Stomkiewicz (*Medycyna* No. 21—25) die Diagnose fest durch Eröffnung der Blase per sectionem hypogastricam. Zweimal schlofs er an dieselbe direkt die Entfernung der Neubildung an, im dritten Falle war der Prozess bereits zu weit geschritten.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Günstige Wirkung der Blasenausspülungen bei Affektionen der Blasenwand, von J. A. Fort. (*Rev. chirurg.* 1893. No. 19.) Ein Patient litt seit über 20 Jahren an Harnröhrenstriktur, zu der sich seit einem Jahre eine hochgradige Cystitis hinzugesellte, infolge welcher der Harn „wie flüssige Chokolade“ aussah und reichlich Blut und Eiter enthielt. Verfasser hob die Sriktur rasch mittelst linearer Elektrolyse und die Cystitis mit Blasenausspülungen. Diese bestanden aus einem Gemische von Carbol- (1,5—5 %) und Borsäurelösung. Das Argentum nitricum, zu gleichem Zwecke angewendet, verwirft er vollständig.

C. Müller - Freiburg (Schweiz).

Über Verwundungen der Harnblase bei Laparotomien, von Loumeau. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1893. No. 17.) Solcher Verwundungen sind bis jetzt circa 75 Fälle bekannt und beziehen sich meist auf Operationen der Beckenorgane (Ovariotomien und Hysterektomien). Selbstverständlich prädisponieren Mifsbildungen der Blase, sowie Adhäsionen derselben mit den zu entfernenden Tumoren zu Verletzungen. Die Prognose solcher Verletzungen, wenn sie bei Zeiten erkannt und repariert worden, ist günstig. Ihre Behandlung besteht in vollständigem Verschlufs durch Naht eventuell nach vorangegangener Anlage einer Fistel.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Sprengung der Symphysis pubis; extraperitoneale Ruptur der Blase; Laparotomie; Heilung, von Dr. Grossich. (*Pesth. med. chir. Presse.* 1893. No. 12.) Ein Tagelöhner stürzte mit gefüllter Blase einen 10 m hohen Abhang herunter und kam unten auf dem rechten Fufs zu stehen. Er verspürte sofort heftige Schmerzen am Damm. Tags darauf wurde er in die Krankenanstalt aufgenommen; das Abdomen war nicht aufgetrieben, die Blase nicht zu fühlen; es bestanden Schmerzen im Unterleibe und Harndrang; der Katheter entleerte nur ca. 50,0 blutigen Urin. Die Perkussion ergab handbreit über der Symphyse Dämpfung. Die Diagnose lautete auf wahrscheinlich extraperitoneale Blasenruptur. Erst am neunten Tage bei einer Temperatur von 39° Dämpfung bis zum Nabel wurde die Laparotomie gestattet. Der prävesikale Raum war mit urinös riechender Flüssigkeit gefüllt, das Peritoneum war in die Höhe geschoben, die Blase von der Symphyse abgetrennt und zeigte ein

für den Finger passierbares Loch; die Symphyse klaffte 2 cm breit. Naht der Knochen mit Draht, Jodoformgaze-Tamponade, Verweilkatheter, Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Zerreifsung der Harnblase, von JOHANNSEN. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 34.) Einem Hafenarbeiter war ein Baumwollenballen auf die linke Hüfte gefallen; er entleerte gleich darauf etwas Blut aus der Harnröhre, konnte aber spontan keinen Harn lassen. Die Blasendämpfung stand vier Finger breit unter dem Nabel; die Dämpfungslinie wendete sich beiderseits nach auswärts zur Spina anterior sup. Mit dem Katheter wurde etwas trüber Harn entleert, worauf die Dämpfung verschwand. An den nächsten Tagen dieselbe Dämpfung, Urin teils spontan, teils durch Katheter entleert; leichte Fieberbewegung, doch bestand zugleich eine leichte Pneumonie. Nach zehn Tagen Urininfiltration in der linken Inguinalgegend, Incision, Drainage; Patient erholte sich etwas, starb aber am 17. Tage. Die Sektion ergab eine Lösung der Schambeinäste in der Symphyse, die Harnröhre war mit einem Stück des Blasenhalses quer abgerissen, die grofse Höhle, die der austretende Urin gebildet hatte, lag extraperitoneal und füllte das Cavum Retzii aus. Verfasser weist auf die eigentümliche Form der Dämpfungslinie hin, die für die extraperitoneale Zerreifsung der Blase von diagnostischer Wichtigkeit ist. Er konnte dieselbe Dämpfung experimentell bei Leichen hervorrufen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Lithotripsie mit Bemerkungen über die Dilatation der Prostata, von BOLTON BANGS. (*Ann. of surg.* April 1893.) Drei Jahre nach Entfernung von Steinen durch Sectio alta wurden einem 59jährigen Patienten Steine durch Litholapaxie beseitigt. Wegen Inkrustationen der vorderen Blasenwand führte Verfasser dann aber noch den Dammschnitt aus, dehnte mit DOLBEAUS Dilatator die Prostata so stark, dafs ein eineinhalb Zoll weiter Wundkanal in die Blase führte. Entfernung von Steinen, Drainage der Blase mit dickem Rohr vier Wochen lang. Heilung mit auffallender Besserung der früher stets sehr gestörten Blasenfunktion, was auf die Dehnung der Prostata zurückzuführen ist, welche die Rigidität und Kontraktilität der den Blasenausgang umlagernden Massen vermindert. Die instrumentelle Dehnung des Prostatakanales ist daher zu empfehlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Anlegung der Blasenbauchfistel nach Witzel an Stelle des hohen Blasenstichs, von E. MARTIN. (*Centralbl. f. Chir.* 1893. No. 47.) ZWEIFEL empfahl jüngst analog der WITZELschen Magenfistel auch an der Blase eine sogenannte künstliche Harnröhre anzulegen. Diesen Vorschlag bekämpfte O. ZUCKERKANDL. Beide Arbeiten sind hier referiert. MARTIN schliefst sich nun den ZWEIFELschen Ausführungen an und berichtet über eine von ihm ausgeführte Operation wegen Harnverhaltung bei einem an Prostatahypertrophie leidenden 67jährigen Manne. Eröffnung des Abdomens, Zurückschieben des Peritoneum, Punktion der Blase vorne unten, Einlegung eines Nelaton, Vernähen der vorderen Blasenwand über diesen, so dafs derselbe in einem Kanal lag, aus dem er im oberen Wundwinkel austrat. Guter Verlauf, zunehmende Kontinenz der Blase, so dafs die den Katheter schliefsende Klemme nur 4 mal täglich geöffnet zu werden braucht. Es tritt kein Tropfen Urin an dem Katheter vorbei. Verfasser hält die ZWEIFELschen Ausführungen von einer künstlichen Harnröhre mit muskulösem Verschlufs für berechtigt. (So ganz identisch ist das MARTINsche Verfahren mit dem ZWEIFELschen nicht, da ersterer die Öffnung an der hinteren Blasenwand anlegte und also intraperitoneal operierte. Dieses MARTINsche Verfahren ist entschieden einfacher, einleuchtender und gefahrloser. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle von Sterilität und Impotenz nach Seitensteinschnitt, von Orville Horwitz. (*Journ. of the americ. med. associat.* 8. April 1893.)

1. Bei einem 29jährigen verheirateten Mann entwickelte sich nach dem linken lateralen Steinschnitt Impotenz und fehlende Samenejakulation. Das Endoskop ergab das Narbengewerbe von der Pars membranacea bis zur Hälfte der Pars prostatica stark kongestioniert und hyperästhetisch; aus der Prostata kam etwas Schleim; das normale Kaliber der Urethra war 13, des Meatus 10 englischer Maſsstab. Graduelle Erweiterung des Meatus, warme Sitzbäder, Kalium bromatum; später Auro-natrium chloratum, Strychnin, kalte Sitzbäder, konstanter Strom. Nach sechs Monaten war die Impotenz geschwunden, Aspermatismus und Sterilität blieben.

2. 26jähriger Mann; linker lateraler Steinschnitt, Impotenz; Neurasthenie, Hypochondrie. Derselbe endoskopische Befund. Behandlung erfolglos.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Impotenz, von F. A. Rietema. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 44.) Verfasser unterscheidet zwei im Genitalsystem wurzelnde Formen von Impotenz. Die eine wird hervorgerufen durch chronische Prozesse in der Pars posterior urethrae und sich daran schlieſsende atrophische Zustände der dort verlaufenden Nerven. Er schickt voraus, daſs häufig durch langwierige Behandlung mit Sonden, Urethroskop etc. eine derartige Herabsetzung der Empfindlichkeit in der Pars anterior entstehen kann, daſs Impotenz daraus resultiert. Er beschreibt dies an einem Fall, den er wegen Impotenz in Behandlung nahm, nachdem der betreffende Patient über 1½ Jahr sich einer Sondenkur und strenger Diät unterzogen hatte. Der Patient wurde von nun ab kräftig ernährt, die Sondenkur beiseite gelassen und die Pars posterior mittelst des faradischen Stromes behandelt. Der Erfolg war ein vortrefflicher.

Die zweite Form der Impotenz ist die durch Onanie verursachte, deren Schädlichkeit er in dem starken auf das Nervensystem ausgeübten Reiz sieht, welcher bedeutender sein soll als nach normal verübtem Coitus; er unterscheidet mechanische und psychische Onanie, von denen die letztere am schädlichsten sein soll. Im Anfang der Behandlung appliciert er auf das Rückenmark den absteigenden Strom, später den aufsteigenden Strom und bedient sich dann weiterhin auch gern des Stromwenders. Dies Verfahren hat Einfluſs auf zu oft vorkommende Pollutionen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Kongenitale tuberkulöse Hydrocele. Pathogenie der kommunicierenden Hydrocele, von G. Phocas. (*Arch. prov. de chir.* T. II. p. 355 nach *Centralbl. f. Chir.* 1893. No. 47.) Eine kongenitale tuberkulöse Hydrocele ist eine Hydrocele tuberkulöser Natur, die in einem offen gebliebenen Canalis peritoneo-vaginalis aufgetreten ist. Verfasser sah sie in drei Fällen bei Kindern von sechs, sieben, zwölf Jahren. Die tuberkulöse Natur der durch Druck, leichter durch Bettruhe zu verkleinernden Hydrocele läſst sich erschlieſsen durch geringe Empfindlichkeit und Spannung des Bauches, leichte Dämpfung in den abhängigen Teilen desselben, Abwechseln von Durchfall und Verstopfung, Blässe, Abmagerung, Kräfteverfall. An der Wand der Hydrocele findet man hier und da leichte Verdickungen. Die Serosa des Hydrocelensackes sieht aus wie ein tuberkulöses Peritoneum. Den Ausgangspunkt kann das Peritoneum oder der Canalis peritoneo-vaginalis bilden; letzteres scheint Verfasser wahrscheinlicher. Er vermutet, daſs die Mehrzahl angeborener, kommunicierender Hydrocelen tuberkulöser Natur sind. — In zwei Fällen exstirpierte Verfasser den ganzen Hydrocelensack; beide gingen an Bauchfelltuberkulose zu Grunde. Der dritte Fall wurde wegen allgemeiner Tuberkulose nicht operiert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der Hydrocele, von J. Neumann (Mühlheim, Ruhr). (*Fortschr. d. Med.* 1893. No. 20.) Die Behandlung der Hydrocele mit Jodinjektion ist nicht

sicher, das operative Verfahren nach VOLKMANN-BERGMANN bedingt ein längeres Krankenlanger. In sechs Fällen verwendete Verfasser folgendes Verfahren: Einlegen einer Troicart-Kanüle in die Hydrocele für zwei Tage, worauf in 7—9 Tagen Verklebung und Heilung erfolgte. Nach Herausnahme der Kanüle wurden nur Bleiwasserumschläge gemacht. — Geringere Heilungsdauer ist der Vorteil gegenüber dem operativen Verfahren, geringere Schmerzhaftigkeit und gröſsere Sicherheit gegenüber der Injektionsmethode. — Die Verklebung der Innenwände erfolgt wahrscheinlich durch Bildung von fibrinogenem Ferment aus zersetzten weiſsen Blutkörperchen, wodurch das nachfolgende Serum gerinnt. Voraussetzung ist vollkommene Asepsis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der Varicocele, von DUPLAY. (*Gaz. d. hôpitaux.* 1893. No. 91.) Verfasser bespricht die in Frankreich üblichen Behandlungsmethoden der Hydrocele, welche sich entweder an die Venen oder an das Skrotum oder an beide wenden. Die Excision eines Stückes Skrotalhaut wird vom Verfasser nicht gelobt; gleichzeitige Resektion der Venen paſst nur für sehr groſse Varicocelen mit sehr schlaffem, dilatiertem Hodensack. Das Beste ist die Resektion der Venen allein; dieselben werden einzeln doppelt unterbunden und excidiert. Vas deferens und Arteria spermatica müssen sorgsam geschont werden, um Nekrose oder Atrophie des Hodens zu meiden. Anfänger sollen nach RIGAULT zur Differenzierung der Arterie unter jede Schlinge Jodoformgazestreifen schieben, die Wunde offen lassen und verbinden. Nach 3—4 Tagen sind die Venen atrophisch und obliteriert, die Arterie ist unverändert geblieben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Studie über die Ektopie des Hodens im Kindesalter und ihre Behandlung, von PAUL BESANÇON. (G. Steinheil. Paris 1893.) Der Processus vaginalis fand sich bei Ektopie des Hodens meistens offen; zweimal bestand eine skrotale, einmal eine inguinale Hydrocele. Der Samenstrang ist zuweilen absolut zu kurz, dann weicht der Hoden natürlich stets wieder zurück; meistens ist er aber hinreichend lang. Der Hoden atrophiert in manchen Fällen früh, bei Erwachsenen meistens; bei jugendlichen Individuen ist er gewöhnlich normal. — Das äuſsere Aussehen der Patienten ähnelt beim Zurückbleiben des Hodens in der Bauchhöhle demjenigen der Kastraten, bei Retention in dem Leistenkanal ist es ein männliches. Schmerzen, Behinderung beim Gehen, namentlich nach anstrengenden Märschen treten früh auf; nervöse und hysterische Beschwerden sind häufig. Bei Idioten und Epileptikern ist das Leiden relativ oft zu finden. Das Bild einer Pseudoinkarceration wird durch Torsion des Samenstranges erzeugt.

Therapeutisch kann man, wenn keine Hernien bestehen, durch methodisches Ziehen am Samenstrang, Anlegen einer Bandage, sobald der Testis den äuſseren Leistenring überschritten hat, die normale Lagerung zu erstreben suchen. Bei der Radikaloperation ist die Loslösung des Samenstranges aus den ihn fixierenden Bindegewebsmassen die Hauptsache. Der geeignetste Zeitpunkt für die Operation ist das Alter vom 11.—14. Lebensjahre. Die Erfolge sind in der Mehrzahl der Fälle befriedigend. Miſserfolge werden durch vorangegangene Atrophie des Hodens oder excessive Kürze des Samenstranges bedingt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kastration mit Evulsion des Vas deferens, von BÜNGNER. (65. Versamml. der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zu Nürnberg; Abteilung für Chirurgie.) Nach einer typischen Kastration wegen Nebenhodentuberkulose trat nach sechs Wochen ein Recidiv im Samenstrang auf. Durch Zug konnte er denselben nach vorausgeschickter Isolierung entwickeln und, als er abriſs, hatte er 4/5 desselben in Händen. — Leichenversuche erwiesen, daſs man auf diese Weise, wenn nur ordentlich isoliert ist, stets soviel vom Samenstrang entfernen kann. In sieben Fällen

von Tuberkulose hat B. dann das Verfahren angewendet; von diesen sind drei vollkommen geheilt; einer starb an phlegmonösem Erysipel, in zwei Fällen war die Tuberkulose schon zu weit vorgeschritten; ein Fall ist nicht weiter beobachtet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Entzündung der Samenbläschen, von E. FULLER - New York. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* September 1893.) Systematische Studien über die Entzündung der Samenbläschen sind bis jetzt noch wenig gemacht worden. Zumeist wurde dieselbe in Verbindung mit der Entzündung des Samenstranges oder der Prostata abgehandelt.

Verfasser hat an einigen Fällen dieser Art eingehendere Beobachtungen angestellt und die Resultate derselben in vorliegender Arbeit niedergelegt.

Die Ursache der Vesiculitis seminalis ist meistens die Gonorrhoe, und zwar weniger das akute, als das subakute und chronische Stadium. Die Entzündung tritt niemals für sich allein auf, sondern ist als Folgeerscheinung einer Urethritis posterior oder anderer Komplikationen der Gonorrhoe anzusehen. Eine nicht gonorrhoische Vesiculitis ist sehr selten. Von ursächlichen Momenten kommen dann in Betracht sexuelle Excesse, Masturbation, stark reizende, alkoholische Getränke.

Was die Häufigkeit betrifft, so hat F. im letzten Jahre 20 Fälle beobachtet. Die Krankheit ist also nicht so sehr selten. Die Symptome bestehen vorwiegend in Funktionsstörungen des Sexualapparates, in herabgesetzter bis vollständig fehlender Potenz; zuweilen ist jedoch der sinnliche Trieb verstärkt und von häufigen, nicht selten schmerzhaften Erektionen begleitet. Samenentleerung erfolgt in vielen sehr schnell, oft ohne Steifigkeit des Gliedes und zuweilen unter begleitender Schmerzempfindung. Diese sexuellen Störungen rufen auf die Dauer psychische Depression bei den Patienten hervor. Der untersuchte Samen enthält in der Mehrzahl der Fälle wenig bewegliche, spärliche Spermatozoen. In den gonorrhoischen Fällen sind dem Samen mehr oder weniger zahlreiche Eiterzellen beigemengt. Bei einfacher Vesiculitis ist Eiter im Samen nur sehr spärlich vorhanden, dagegen mehr rote Blutkörperchen. Blutige Samenentleerungen sind in solchen Fällen nicht selten und für die Diagnose der Krankheit nahezu pathognomonisch. Die Konsistenz des Samens ist dicker, als im normalen Zustande, in einigen Fällen gelatinös.

Es kommt auch eine tuberkulöse Vesiculitis zumeist in Verbindung mit Tuberkulose der benachbarten Teile vor.

Verfasser bespricht sodann die Diagnose und Therapie der Vesiculitis seminalis. In akuten, schmerzhaften Fällen ist Bettruhe, Opium zu verordnen; Einspritzungen sind zu sistieren. Eine weitere Aufgabe ist, nach Beseitigung der akuten Symptome die gedehnten und erschlafften Samenbläschen wieder kontraktiler und kräftiger zu machen. Zu diesem Zwecke hat KEY vor einigen Jahren einen „Rubber Colpeurynter“ der, ins Rectum eingeführt, dann aufgebläht, so weit vorgestofsen wird, dafs er auf die Samenbläschen drückt und dieselben ihres Inhaltes entleert.

Verfasser beschreibt den Apparat und seine Handhabung. Innerlich kommen später, wo dies not thut, Stimulantien, Tonica in Anwendung. Die Beseitigung der Gonorrhoe hat selbstverständlich Hand in Hand zu gehen. Die Prognose ist nicht gerade ungünstig, jedoch in vielen Fällen zweifelhaft.

Im folgenden beschreibt Verfasser sechs Fälle von Entzündung der Samenbläschen.

C. Berliner-Aachen.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Wann dürfen Gonorrhoiker heiraten? Die Frage beantwortet FELIX LÖWENHARDT in der *Zeitschr. f. ärztl. Landpr.* 1893. No. 5 folgendermafsen: Nur der Gonococcus vermag Gonorrhoe zu erzeugen und bedingt die Virulenz des Urethralsekretes,

deshalb ist auch nur der mikroskopische Befund für die Beurteilung maßgebend. Die beiden Harnröhrenabschnitte müssen getrennt untersucht werden; der vordere Teil mufs zur Untersuchung der Pars posterior sorgfältig ausgespült werden, bis das Wasser klar zurückkommt. Den Urin fängt man dann in zwei Portionen auf, die erste am besten in einem Spitzglas. Vor der Untersuchung soll der Patient mehrere Tage nichts einspritzen; am geeignetsten ist es, die Untersuchung morgens früh vorzunehmen. Bei negativem Ergebnisse provociert man nach Neisser eine stärkere Sekretion durch Injektion mit Sublimatlösung (1 : 20000) oder 1—5% Höllensteinlösung, eventuell durch das Gyonsche perforierte Bougie. Eine 4—8 malige Untersuchung in 2—4 Wochen genügt. Je weniger Eiterkörperchen in den Fäden, desto unwahrscheinlicher das Vorhandensein von Gonokokken. (*Ärztl. Rundsch.* 1893. No. 41.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Empfänglichkeit der Urethra und des Uterus, Blennorrhoe und Heirat, von Janet. (*Ann. des mal. des org. gen.-ur.* 1893. No. 8.) In drei Abschnitten behandelt der Verfasser die Frage, wann ein an Gonorrhoe leidender Mann heiraten darf.

1. Empfänglichkeit der Urethra beim Manne.

Die Urethra des Mannes ist, abgesehen von der Fossa navicularis, als aseptisch anzusehen und verhält sich gegen pathogene Mikrobien mit Ausnahme der Gonokokken sehr resistent; natürlich ist diese Resistenzfähigkeit keine absolute. Dieselbe ist bedingt durch das Cylinderepithel. Bei Gonokokkeninfektion kommt es meist zu einer Restitutio ad integrum: finden aber wiederholte Infektionen statt oder wird der Verlauf ein langwieriger und komplizierter, dann wandelt sich das Cylinderepithel in Plattenepithel um, die Drüsenepithelien verändern sich, die Drüsen werden erweitert, secernieren reichlicher, die Schleimhaut hat ihre Elasticität verloren. Dadurch entsteht eine Urethritis und ein Verlust der ursprünglichen Immunität der Urethra gegen pathogene Mikrobien; oft schwinden alle Erscheinungen, nur die Empfänglichkeit für Bakterien bleibt. Die Dauer derselben nach dem Verschwinden der Gonokokken bemifst Verfasser auf zwei Monate. In dieser Zeit ist der Coitus nur mit Condom oder nachfolgender Sublimateinspritzung (1 : 20000) gestattet.

2. Empfänglichkeit der weiblichen Genitalorgane.

Die Resistenzfähigkeit des weiblichen Genitaltraktus gegen pathogene Mikrobien ist eine viel geringere, so dafs nicht-gonorrhoische Sekretionen sehr häufig sind.

3. Auf Grund dieser Betrachtungen stellt Janet als erste Bedingung für die Heirat das Freisein von Gonokokken hin; zweitens mufs das Stadium der Empfänglichkeit beim Manne vorüber sein, das sich bei langsam verlaufender Blennorrhoe bis sechs Monate nach dem Verschwinden der Gonokokken erstreckt.

Bei chronischer Gonorrhoe und fortwährenden Exacerbationen ist eine Beobachtungsdauer von 1—4 Jahren nötig. Die Behandlung der Gonorrhoe mufs mit gonokokkentötenden, tiefeindringenden Mitteln von Anfang an eingeleitet werden; als solches empfiehlt Verfasser das Kalium permanganicum.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gonokokkenbefund bei 600 Prostituierten, von Hugo Laser. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 37.) 197 verschiedene Prostituierte gelangten zur Untersuchung, von denen 353 Präparate aus der Urethra, 180 aus der Vagina und 67 aus dem Cervix gemacht wurden. Unter den 67 Cervixpräparaten wiesen 21 Gonokokken auf, also 31,3%. Von den 180 Vaginapräparaten handelte es sich nur um einen Fall, in dem es sich möglicherweise um eine gonorrhoische Erkrankung der Vagina handelte. In diesem Falle war die Schleimhaut der Vagina dunkel, blaurot verfärbt und secernierte eine dicke eitrige Masse.

Bei der Urethra ergaben 112 Fälle positiven Gonokokkenbefund, also 31,7%, unter

diesen war nur in 21 Fällen makroskopisch eine Gonorrhoe durch den eitrigen Ausflufs aus der Urethra zu konstatieren, in 61 Fällen aber war auch nicht der mindeste Verdacht auf eine bestehende Urethritis vorhanden.

Bei den 241 Fällen, bei denen keine Gonokokken konstatiert werden konnten, bestand 17 mal Follikularkatarrh, 19 mal war die Schleimhaut gerötet und gelockert und in 31 Fällen bestand sogar Verdacht auf Gonorrhoe. In 8 Fällen entleerte sich aus der Urethra beim Exprimieren von der Vagina aus ein dicker Eiter, in den übrigen 23 Fällen ein mehr schleimiges Sekret, ohne dafs es gelang, in diesen 31 Fällen Gonokokken nachzuweisen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beitrag zur Züchtung des Gonococcus Neisser, von A. Ghon und F. Schlagenhaufer. Vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 34.) Dem sonst so vorzüglichen Verfahren von Wertheim zur Züchtung des Gonococcus haftet die Schwierigkeit an, dafs der Nährboden schwer herzustellen ist. Die Beschaffung von sterilem Menschenblutserum oder dem weniger geeigneten Rinderblutserum ist nicht immer leicht, zumal wenn man von der fraktionierten Sterilisierung absehen möchte, die zeitraubend ist und oft versagt. Die Verfasser waren deshalb bedacht, ein einfacheres Nährmedium zu finden. Der von Pfeiffer zur Züchtung des Influenzabacillus verwendete, mit menschlichem Blute bestrichene Agar bewährte sich sowohl zur Weiterzüchtung der nach Wertheim gewonnenen Gonokokkenkulturen, wie zur Isolierung der Gonokokken aus dem Urethralschleim, jedoch war das Wachstum nicht so üppig wie auf Serumagar. Der Versuch der Jmpfung gelang: es wurde bei einem gonokokkenfreien Patienten eine Gonorrhoe erzeugt. Diese Methode ist einfach, das Ausstreichen auch viel geeigneter und bequemer, als das Plattengiefsen. Bei den Versuchen mit dem stark alkalischen Rinderserumagar hatten die Verfasser gefunden, dafs man die Resultate bessern kann durch Ansäuerung mittelst sauren phosphorsauren Natrons. Das brachte sie auf den Gedanken, das Serum durch sauren menschlichen Harn zu ersetzen. Sie setzten zum 2%igen Fleischpeptonagar 1/3 sterilen oder sterilisierten Harn hinzu. Das Resultat war ein ausgezeichnetes, die Kulturen sogar besser, wie diejenigen auf Serumagar. Steinschneider hat auch schon mit Urinagar gearbeitet, aber schlechte Ergebnisse erzielt; vielleicht liegt das daran, dafs er mit dem Plattenverfahren arbeitete, welches sich den Verfassern auch beim Urinagar nicht bewährte im Gegensatz zu dem Ausstrichverfahren. Auffallend ist, dafs die Weiterimpfung vom Urinagar nicht so gut gelingt, wie vom Serumagar, ein nicht zu unterschätzender Nachteil. Die Virulenz der Harnagarkulturen erwies sich bei einer experimentellen Impfung als erhalten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Kultur des Gonococcus, von K. Menge. (*Centralbl. f. Gynäk.* 1893. No. 8.) Verfasser züchtete mittelst des Wertheimschen Verfahrens aus dem Eiter einer Blennorrhoea neonatorum Gonokokken und verimpfte sie, in einem Falle mit vollem Erfolge. Verfasser schlägt zur Vereinfachung des Kulturverfahrens vor, statt des Blutserums den Inhalt der Ovarialkystome zu nehmen. Man verschorft letztere an einer Stelle mit dem Paquelin und entleert an derselben den Inhalt in sterile Gefäfse. Auf diesem Nährboden wuchsen die Gonokokken üppig. Auch Hydrosalpinflüssigkeit mit Agar genügte; vielleicht waren auch pleuritische Exsudate, Transsudate etc. zu verwerten. Statt Fleischpeptonagar benutzte Verfasser zur Agarherstellung Placentarpeptonbouillon, welche auch für die Züchtung von Staphylokokken einen billigen Nährboden in Gebäranstalten bildet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Bemerkungen über den Tripper, von L. Jullien. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 410.) Jullien unterscheidet zwischen dem eigentlichen Tripper und

den sonstigen Urethritiden. Er steht streng auf dem bacillären Standpunkt und nennt jeden Ausflufs, aber nur solchen Ausflufs Tripper, bei dem sich Gonokokken finden. Leute mit gonokokkenhaltigem Ausflufs dürfen selbstredend nicht heiraten. J. will die Ehe aber auch solchen Patienten untersagen, deren Harn, obschon er frei von Gonokokken ist, doch grofse Eiterflocken enthält. Nun kommt es aber nicht selten vor, dafs sich Männer in der Ehe eine Urethritis — „Blennorrhoide“ nennt es J. — von ihrer Frau holen. JULLIEN verlangt daher auch eine Untersuchung der Frau vor der Hochzeit. *Türkheim-Hamburg.*

Neuere Beiträge zur Pathologie der akuten Urethritis blennorrhoica, von S. RÓNA. (*Ung. Arch. f. Med.* 1893.) Auf Grund seiner Beobachtungen, die Verfasser eingehend wiedergiebt, kommt derselbe betreffs der Urethritis blennorrhoica zu der Ansicht, dafs die bisher allgemein gültigen Theorien und Ansichten über Ursache, Umstände der Ausbreitung und Übergang auf die Pars posterior nicht mehr stichhaltig sind. Er modificiert dieselben folgendermafsen:

1. Die akute typische Blennorrhoe ergreift in der überwiegenden Mehrzahl (80%) der Fälle die ganze Harnröhre, bildet also eine Urethritis totalis und bleibt nur in einer überaus geringen Zahl als Urethra anterior auf die vordere Harnröhre beschränkt.

2. Das Übergreifen der akuten Blennorrhoe konnte bei 80—85% aller in den ersten zwei Wochen sich meldenden Patienten konstatiert werden, ohne dafs dieser frühe (vor der dritten Woche) erfolgte Übergang durch direkten Transport des Eiters verursacht worden wäre.

3. Es ist wahrscheinlich, dafs die Ausbreitung der blennorrhoischen Entzündung auf die ganze Harnröhre weder von inneren dyskrasischen, noch von äufseren (mechanischen) Einflüssen befördert wird, sondern dafs die parasitische Natur der Krankheit selbst ihr eine progressive Richtung einräumt; der Prozefs schreitet vor, solange der Boden ein entsprechend günstiger ist.

4. Auf Grund des Gesagten ist die Urethra posterior nicht als Komplikation der Urethra anterior zu betrachten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Diagnostik der Urethritis posterior, von Dr. LOHNSTEIN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 44.) Verfasser führt aus, dafs die THOMPSONsche Zweigläserprobe, ebenso das GOLDENBERG-JADASSOHNsche Verfahren für die Diagnose der Urethritis posterior keinen sicheren Anhalt bietet. Die erstere ist deswegen unsicher, weil bei Vorhandensein eines zähen oder eines sehr minimalen Sekretes in der Pars membranacea eine Regurgitation in die Blase keineswegs immer stattfindet; infolgedessen wird die gesamte Harnröhre gleich bei der ersten Harnportion rein gespült und eine bestehende Urethritis leicht übersehen. Das zweite Verfahren besteht darin, die Pars anterior so lange mit warmer Borlösung zu irrigieren, bis die Flüssigkeit klar abfliefst; erst dann läfst man den Patienten urinieren. Sind Flocken im Urin vorhanden, so wird auf eine Beteiligung der Pars posterior geschlossen. Dieses Verfahren laboriert daran, dafs der Musculus compressor keinen absolut sicheren Schlufs gegen das Eindringen von Flüssigkeit in die Pars posterior bietet, wie dies aus Versuchen von ROTTER und RÓNA ersichtlich ist. Verfasser empfiehlt daher, statt der Borsäurelösung eine Ferrocyankaliumlösung als Spülflüssigkeit zu wählen, welche sich durch die Berlinerblau-Reaktion leicht nachweisen läfst. Gelangen nur minimale Mengen in die Pars posterior, so sind diese mittelst dieser Reaktion leicht nachweisbar. Es mufs vorher die Pars anterior so lange mit Wasser durchgespült werden, bis keine Reaktion mehr vorhanden ist. Läfst man den Patienten alsdann urinieren, so ist bei Vorhandensein der Reaktion sicher nachgewiesen, dafs Flüssigkeit aus dem vorderen Abschnitt in die retrobulbäre Partie der Harnröhre, resp. in die Blase

gelangt sein mufs und der Musculus compressor dem Drucke der Flüssigkeit nicht standgehalten hat. Unter 94 Versuchen ergab der Harn 37 mal die Berlinerblau-Reaktion.

Verfasser will also das GOLDENBERG-JADASSOHNsche Verfahren dahin modificieren, dafs man die vordere Harnröhre mit einer 0,5 %igen Ferrocyankaliumlösung ausspült so lange, bis keine Flocken mehr vorhanden sind, und dann mit Wasser nachspült, bis keine Reaktion mehr vorhanden. Findet sich dann im Urin die Reaktion, so ist das Resultat zweifelhaft, denn dann können Fäden von der Pars posterior in den hinteren Teil gelangt sein; man mufs in diesem Falle die Probe so lange wiederholen, bis das Resultat unzweifelhaft ist.

Ferner fand Verfasser, dafs bei akuter Gonorrhoe der Kompressor bedeutend weniger widerstandsfähiger ist, als bei chronischer. Von 34 Fällen akuter Gonorrhoe bläute sich der Harn nur 18 mal, von 60 Fällen chronischer Urethritis nur 19 mal.

L. Hoffmann-Berlin.

Bakteriologische Untersuchungen bei der Vulvovaginitis kleiner Mädchen, von EMIL BERGGRUEN. (*Arch. f. Kinderheilkde.* 1893. Bd. XV.) Verfasser trennt die spezifische (gonorrhoische), die rein eiterige und katarrhalische Vulvovaginitis der kleinen Kinder.

1. Gonorrhoische Vulvitis.

Eine gonorrhoische Infektion wurde nur dann angenommen, wenn das sofort hergestellte Deckglaspräparat und das Klatschpräparat der Reinkultur die typischen Merkmale der Gonokokken aufwies, diese beim GRAMschen und WEIGERTschen Verfahren sich prompt entfärbten, die nach WERTHEIM und WINKLER (Kiebitzeiweifs) angelegten Kulturen sich als zweifellose Gonokokkenkolonien erwiesen. Wo irgend möglich, wurden die Eltern zur Untersuchung herangezogen. Derartige Fälle hat Verfasser zehn beobachtet, die genau wiedergegeben werden. Einmal wurde Nervenreizung und Gonitis nachgewiesen. Bemerkenswert ist die von grofsen Mädchen stets angegebene Schmerzhaftigkeit des Abdomens, speziell der Ovarialgegend.

2. Eiterige Vulvitis.

Hierher zählen die Fälle mit eitriger Sekretion, in denen durch das Kulturverfahren keine Gonokokken nachgewiesen werden konnten, aber Staphylo- und Streptokokken gezüchtet werden konnten. Es sind fünf Fälle; dreimal war ein Trauma die Ursache.

3. Katarrhalische Vulvitis.

Hier gelang es nicht, die Ursache zu eruieren. Dennoch ist auch diese Form infektiös. Bei skrophulösen Kindern findet man diese Vulvitis fast immer; einmal war Influenza die Ursache. Unter 31 Fällen von Vulvovaginitis zählen 10 hierher. Die Therapie hat gerade bei der katarrhalischen Form am wenigsten Erfolg; jedenfalls ist eine Berücksichtigung des Allgemeinbefindens hier sehr nötig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Betrachtungen über Prognose und Therapie der Vulvovaginitis kleiner Kinder, von ROCAZ. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1893. No. 16.) Verfasser betont die Schwere der Folgen dieser Affektion. Als lokale Komplikationen kommen vor: Bartholinitis (selten), Conjunctivitis purulenta, infektiöse Gelenkerkrankungen, Otitis purulenta; zu den Folgen allgemeiner Art gehörten die Anämie, Gemütsdepression etc. Auch allgemeine Peritonitis wurde beobachtet. Die Behandlung dieses äufserst hartnäckigen Leidens besteht vorzugsweise in ausgiebigen vaginalen Ausspülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten, ganz besonders des Kalium permanganicum (1—4 ‰), welches dem Verfasser vortreffliche Resultate geliefert hat; Sublimat reizt zu stark; Einführungen von medikamentösen Bougies (Jodoform, Thallin etc.) hält er für absolut unzureichend. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Verschiedenes.

Zur Lehre von den angeborenen Zungentumoren, von J. Herzfeld. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 46.) Verfasser teilt einen von ihm beobachteten Fall von Miſsbildung an der Zunge mit. Es ist eine 52jährige Frau, die in der Medianlinie der Zunge dicht vor der mittelsten Papilla circum vallata einen 1 cm langen, $^2/_3$ cm breiten und ebenso hohen Tumor zeigt. Derselbe hat das Aussehen, die Farbe und Konsistenz der Zunge, ist mit der Spitze nach hinten gerichtet und geht nach vorn allmählich mit seiner Basis in die Zunge über. Der Tumor mit den zahlreichen Papillen zeigte auch Geschmacksvermögen; die elektrische Untersuchung von Herrn Dr. Munter ergab, daſs derselbe ein Muskel- und Nervenfasern enthaltendes Gebilde mit durchaus normaler elektrischer Reaktion sei. Die Frau hat den Tumor angeblich von Geburt an, er hat ihr jedoch keine besonderen Beschwerden jemals gemacht. Das Gebilde ist demnach als Lingua accessoria anzusprechen, und man muſs hierbei bezüglich der Ätiologie an eine Doppelmiſsbildung denken.

L. Hoffmann-Berlin.

Über den Zustand der Mundschleimhaut bei Quecksilbermedikation, von A. Risso. (*Rif. med.* 1893. No. 247/48.) Verfasser stellt auf verschiedenen Tabellen das bakteriologische Ergebnis seiner Speicheluntersuchungen von Patienten einander gegenüber, von denen ein Teil unter Quecksilberbehandlung stand, der andere nicht. Von beiden Kategorien wurden reichliche Kulturen von Strepto- und Staphylokokken und Bacillen gezüchtet. Durchweg aber fehlte der Staphylococcus aureus bei den nicht mit Hg Behandelten, im Gegensatze zur anderen Gruppe.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Körperliche Anomalien der Prostituierten, von Harriet Alexander-Chicago. (*Medical Standart.* XVI. 12. August 1893. Nach *Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 41.) Tarnowsky bezeichnet die Prostituierten als degenerierte Geschöpfe mit nachweislichen körperlichen und psychischen Stigmen. Der Verfasser hat nun zu Untersuchungen in dieser Richtung 30 Prostituierte in Chicago untersucht, die fast alle Anomalien des Schädels zeigten (17 waren Brachycephalen, 18 zeigten abnorme Occipital-Protuberanz); 29 boten Abnormitäten der Ohren, andere übermäſsige Entwickelung des Processus zygomaticus, Prognathie, Epignathie etc. Verfasser fordert zu weiteren Untersuchungen auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Medizinalkalender und Rezepttaschenbuch der Allg. medizin. Centralzeitung, herausgegeben von Dr. Lohnstein. 1894. Der kleine handliche, über alle Erfordernisse der Praxis Aufschluſs gebende Kalender sei auch deshalb besonders empfohlen, weil Ledermann in demselben eine klare Abhandlung über die Therapie des Ekzems giebt, die dem Praktiker ein ausgezeichneter Leitfaden sein wird. Grade dieses häufigste Hautleiden bietet die gröſsten therapeutischen Schwierigkeiten, fordert ein streng individualisierendes Vorgehen; es ist deshalb von groſsem Wert, sich schnell in seinem Taschenbuch Rat holen zu können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Wie in den früheren Jahren, so hat auch diesmal die bekannte Firma Heinrich Mattoni einen geschmackvollen **Abreiſskalender** herausgegeben, der mit kurzen Worten die Indikationen für die von obiger Firma versandten Mineralwässer, Moorextrakte etc. angiebt. Den Kollegen wird dieser Kalender nicht nur als eine hübsche Dekoration des Sprechzimmers, sondern auch als Wegweiser für die Mineralwasserbehandlung sehr willkommen sein.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. №. 10. 15. Mai 1894.

Beitrag zur Kenntnis des Kreosots.

Vortrag, gehalten auf dem XI. Internationalen Medizinischen Kongrefs zu Rom.

Von

Dr. med. LUDWIG FRIEDHEIM,
Privatdozent in Leipzig.

Meine Herren! Nur in den äufsersten Umrissen will ich mir erlauben, Ihnen meine Versuche zu unterbreiten, die sich auf die toxischen Eigentümlichkeiten des Kreosots und auf seine antituberkulöse Kraft im Tierkörper beziehen. Zu den Versuchen wurden Meerschweinchen und Kaninchen gewählt und die Versuche selbst in vier grofse Gruppen geteilt.

Gruppe I. 10 Meerschweinchen mit gleichbleibenden Dosen von je 0,2 g Kreosot bis zu 45 Tagen behandelt.

4 Tiere ertrugen 2,0 g mit einer täglichen Durchschnittsdosis von 0,005 g.

Gruppe II. 30 Meerschweinchen mit steigenden Einzelgaben behandelt.

Mit einer solchen letzten Einzelgabe von nicht mehr als 0,1 g starben 6 Tiere; nach gröfseren Einzelgaben 24.

Gruppe III. 9 Kaninchen.

8,6 g wurden 1 mal 71 Tage lang,
9,6 g wurden 1 mal 85 Tage lang ertragen.

In Gruppe I, II und III wurde die gröfste Kreosotmenge von denjenigen Tieren ertragen, denen man zwischen den Einzelgaben den gröfsten Zeitraum zur Erholung überliefs, und denen die kleinste tägliche Durchschnittsdosis zukam. Die Summation rasch aufeinanderfolgender, selbst kleiner Einzeldosen wirkte hier am verderblichsten.

Sektion.

Kaninchen:	Meerschweinchen:
1. Magen:, Darm:, Serosa: } Entzündlich.	1. Entzündlich, Darm 3 mal mit Geschwüren (Rectum).

Kaninchen:	Meerschweinchen:
2. Leber: Mäfsig blutreich.	2. Blutüberfüllt, 1 mal ein nekrotischer Herd im rechten Lappen.
3. Niere: Gefäfsinjektion der Kapsel.	3. Makroskopisch normal.
4. Milz: Klein, viele nekrotische Herde.	4. Grofs, blutüberfüllt, viele nekrotische Herde.
5. Lunge: Einzelne Infiltrate.	5. Viele kleine, aber auch grofse lobäre konfluierte Infiltrate. Blutungen. Äufserst blutüberfüllt.

Mikroskop.

Leber: Infiltrate, namentlich um Pfortader und deren Zweige.
Blutungen.
Blutkrystalle.

Niere: Interstitielle Infiltrate.
Degeneration der Epithelien.
Blutungen interstitiell, sowie in die Kapseln hinein.

Milz: Nekrotische Herde, Infiltrate.
Blutungen.
Krystalle von Blut.

Leber: Kleine nekrotische Herde.
Infiltrate.
Blutungen.
Blutkrystalle.

Lunge: Infiltrate.
Blutungen.
Blutkrystalle.

Urin: Eiweifs.
Cylinder.
Die Nitroprussidnatrium- und die Eisenchloridreaktion } waren einigemale positiv.

Blut: Zahllose eosinophile Zellen.
Viele kernhaltige rote Blutkörper.
Hämoglobingehalt, Zählungen } schwankend.
Ebenso Volumzahlen der roten Blutkörper nach GÄRTNER.

Gruppe IV. 28 Meerschweinchen.

11 hatten 42 Tage vor der Einimpfung von Tuberkelbacillenkultur bereits Kreosot erhalten.

Die V.	Woche nach dieser Impfung überlebten	23	Tiere
VI.	"	17	"
VII.	"	14	"
VIII.	"	10	"
IX.	"	3	"
X.	"	1	Tier.

Alle Tiere hatten ein tuberkulöses Hautgeschwür mit Bacillen an der Stelle der Impfung, sowie

Tuberkulose der Lungen,
Leber,
Peritoneum,
Zwerchfell,
Milz,
Niere.

Peritonealflüssigkeit und Urin enthielten im Sediment gleichfalls Tuberkelbacillen.

Keines dieser Tiere hatte mit vorheriger und gleichzeitiger Kreosotbehandlung der Impfung widerstanden; alle Tiere waren an Tuberkulose innerhalb zehn Wochen zu Grunde gegangen.

Die Elektrolyse in der Dermatologie.

Vortrag, gehalten auf dem XI. Internationalen Medizinischen Kongreſs zu Rom.

Von

Dr. August Santi,
Docent für Dermatologie und Syphilographie in Bern.

Meine Herren!

Während meines Aufenthalts in Wien im Sommer 1891 hatte ich Gelegenheit, auf der Klinik des Herrn Prof. Dr. Lang auf die Elektrolyse besonders aufmerksam zu werden. Die darauf bezüglichen, sehr interessanten und anregenden Vorträge des bekannten ausgezeichneten Klinikers sowohl, als auch die Resultate der unter unseren Augen sich abspielenden klinischen Anwendung der Elektrolyse verdienten auch volle Aufmerksamkeit. — Überraschend waren für mich die schönen Resultate, die Prof. Lang selbst bei gröſseren Angiomen und bei hartnäckigen Strikturen der Harnröhre mit der Elektrolyse erzielte. Bei einem halbjährigen Kinde, dessen rechter Arm ein von der Schulter bis zum Handwurzelgelenk

reichendes Angiom trug, wendete Prof. LANG in mehreren Sitzungen die Elektrolyse an. Nach dem Verlaufe von einigen Wochen war der gröſste Teil der Geschwulst geschwunden. Schwierigste Strikturen der Harnröhre sah ich bei LANG in kürzester Zeit durch die Elektrolyse auf das günstigste beeinfluſst u. s. w. Seit dieser Zeit habe ich der Elektrolyse mehr Aufmerksamkeit geschenkt und dieselbe in meiner Praxis in vielen verschiedenartigen Fällen angewendet. Sehr wichtig für eine ersprieſsliche Anwendung der Elektrolyse ist eine prompte, zuverlässige, konstante leicht regulier- und kontrollierbare Elektricitätsquelle. Diesen Forderungen allen entspricht am besten ein Stromanschluſs an eine vorhandene Elektricitätszentrale, was ich Ihnen übrigens bei der Beschreibung meiner elektrischen Einrichtung für Galvanisation, Elektrolyse, Faradisation, Galvanokaustik und Endoskopie bereits betont habe.

Meine Herren! Ich will Ihnen nun ganz kurz diejenigen Hautaffektionen angeben, bei welchen ich mit gutem Erfolge die Elektrolyse angewendet habe, und dabei der Art und Weise der Applikation und der Instrumente Erwähnung thun, deren ich mich dabei zu meiner Befriedigung bedient habe. Sollten hierdurch jüngere Kollegen, welche noch wenig Gelegenheit hatten, die Elektrolyse anzuwenden, veranlaſst werden, auch dieser therapeutischen Seite besondere Aufmerksamkeit zu schenken, so ist meine Absicht, die vor allem eine solche Anregung bezweckt, erreicht.

Lupus vulgaris. In der Behandlung des Lupus vulgaris wende ich öfters die Elektrolyse an, hauptsächlich in solchen Fällen, in welchen tieferliegenden, versteckten lupösen Herden auf anderem Wege direkt nicht beizukommen ist. Hier bediene ich mich mit gutem Erfolg der von Prof. LANG empfohlenen multiplen Nadelelektrode (in eine Metallscheide sind in einem Abstande von ca. 1,5 mm ca. 40 Nadeln eingelassen, die man durch entsprechende Vorrichtung und in regulierbarer Länge in die afficierte Stelle eindringen läſst.) Bekanntlich widerstehen lupöse Herde, sowie alle alterierten Gewebe der Elektrolyse viel weniger, als gesundes Gewebe, so daſs schon kleinere Stromstärken die lupösen Herde zerstören können, ohne das normale Gewebe wesentlich anzugreifen. Bei Lupus indessen ist auf diesen Umstand wohl nicht zu viel Rücksicht zu nehmen. Hauptsache ist es hier, daſs die lupösen Herde vernichtet werden, unbeachtet, ob dabei auch etwas gesundes Gewebe mitläuft. Als aktiver Pol kommt hier die Kathode in Betracht, während die Anode an indifferenter Stelle befestigt wird. Der Strom wird allmählich ein- und ausgeschaltet. In der Regel genügen 5 bis 8 Milliampères und eine Zeit von ca. 5—10 Minuten. Ausnahmsweise sind höhere Ströme erforderlich. Ist stärkere Empfindlichkeit vorhanden, so anästhesiere ich mit Äthylchlorid, und bei offenen, empfindlichen Stellen lasse ich dem Äthylchlorid das Auflegen von mit 5%iger Kokainlösung ge-

tränkten Compressen vorausgehen. Ich möchte Ihnen, meine Herren, einen besonderen Eall von Lupus anführen, der, wie es mir scheint, für sich selbst spricht.

Ein ca. 60jähriger Mann litt seit über 20 Jahren an Lupus der rechten Wange. Die afficierte Fläche war gut handtellergrofs. Dieser Mann hatte bei verschiedenen Ärzten und Spezialisten alles erfahren, was für gewöhnlich gegen Lupus angewendet wird, doch ohne wesentlichen Erfolg. Meine lange fortgesetzten Eingriffe verschiedener Art lieferten ebensowenig befriedigende Resultate. Ich versuchte es schliefslich mit der Elektrolyse. Dieser Fall fällt notabene in eine Zeit, wo ich mich noch nicht eingehender mit Eletroklyse befafst hatte. Die Besserung war sofort augenfällig, und nach mehreren längeren, konsequent durchgeführten Sitzungen zeigte sich der Lupus erloschen. Ich habe den Mann noch immer in Kontrolle, aber seit länger als einem halben Jahre hat sich nie wieder etwas Krankhaftes gezeigt, so dafs man wohl annehmen darf, dafs dieser Lupus radikal beseitigt ist. Es kommt auf den einzelnen Lupusfall an, welche Therapie rascher und geeigneter erscheint. Jedenfalls scheint mir die Elektrolyse zu den mächtigsten Mitteln gegen Lupusaffektionen der Haut zu gehören, sowohl für sich allein, als auch in Unterstützung anderer Eingriffe.

Ulcus rodens. Eine ca. 40jährige Frau litt seit länger als einem Jahre an einem bohnengrofsen, in der Haut der knöchernen Nase rechterseits sitzenden Ulcus rodens. Diese Frau hatte schon verschiedene Behandlungen durchgemacht, doch ohne Erfolg. Ich wendete sofort die Elektrolyse an, und zwar in der Form von fünf unter das Ulcus eingesteckten, durch Leitungsschnüre mit dem negativen Pol verbundenen Platinnadeln. In der Zeit von 14 Tagen machte ich drei Sitzungen bei je 4 Milliampères und 5 Minuten Dauer. Die Frau zeigte sich zwei Wochen später als vollkommen geheilt. Auch war keine augenfällige Narbe zurückgeblieben. Seitdem zeigte sich, wie ich mich überzeugen konnte, nichts Krankhaftes mehr. Gewifs hätte ich in diesem Falle auch auf anderem Wege Heilung erzielen können: so durch Ätzstifte, durch scharfen Löffel, durch Paquelin oder Galvanokauter etc. Welch ein grofser Unterschied aber in der Art des Eingriffs! Zudem hätte ich in letzterem Falle auf eine viel stärkere Narbe gefafst sein müssen, was aus kosmetischen Gründen selbstverständlich von Wichtigkeit ist.

Angiom. Ich hatte noch keine Gelegenheit, gröfsere Angiome elektrolytisch zu behandeln, wohl aber mehrere kleinere, bis zu Baumnufsgröfse. Dabei sind lauter günstige Resultate zu verzeichnen. Die meisten kleineren Angiome bringt man in einer einzigen Sitzung weg. Je nach der Gröfse des Angioms werden eine oder mehrere gleichpolige Nadeln, am besten aus Platin, durch die Basis der Geschwulst gestochen. Ein

Strom von 3—6 Milliampères bei ca. 5 Minuten Dauer genügt in der Regel. Nach einigen Tagen stöfst sich der eingetrocknete Schorf ab, es bleibt eine kaum bemerkbare Narbe zurück. Zur elektrolytischen Behandlung von Angiomen wird meistens der positive Pol als aktiver Pol wegen seiner koagulierenden Kraft empfohlen. Ich habe mich hier bald des positiven und bald des negativen Pols bedient und in allen Fällen gute Resultate bekommen. Bei gröfseren Angiomen mag der positive Pol vor dem negativen den Vorzug haben.

Ich kenne keine bessere und zugleich schonendere und schönere Behandlungsweise kleinerer gut abgegrenzter Angiome, als die elektrolytische.

Tendogenes Ganglion. Bei einem ca. 12jährigen Mädchen, das ein tendogenes Ganglion auf dem Handgelenk trug, habe ich, mehr versuchsweise, als in Erwartung eines günstigen Resultates, die Elektrolyse angewendet. Eine stärkere, mit dem negativen Pol verbundene Platinnadel wirkte bei 3 M. A. während ca. 5 Minuten. Nach acht Tagen war das Ganglion zu einem erbsengrofsen harten Kügelchen zusammengeschrumpft. Ich liefs es dabei bewenden. Zwei andere gleichartige Fälle wurden mit dem ähnlichen Erfolge behandelt. Man mag in solchen Fällen dem Messer des Chirurgen den Vorzug geben, indessen scheint mir auch diese Methode sehr brauchbar. Sie erfüllt in der Hauptsache ihren Zweck und ist auch ohne Anästhesie mit nur geringen Schmerzen verbunden.

Warze, Naevus verrucosus und Naevus pilosus. Die eletrolytische Behandlung der Warze, des warzigen und warzig-haarigen Naevus ist die gleiche. Nach meiner Erfahrung genügt vollkommen die aktive Einwirkung nur eines Poles, und zwar am besten des negativen. Je nach der Gröfse der Warze steche ich eine oder mehrere gleichpolige Nadeln durch die Wurzel der Warze. Stromstärke 3—5 M. A. Dauer ca. 5 Minuten. Bei Anwendung mehrerer gleichpoliger Nadeln ist es zweckmäfsig, dieselben radiär durch den Grund der Warze durchzustechen. So kommen die Nadeln in der Mitte der Warze übereinander zu liegen, wodurch die Warze aus ihrem Grunde herausgehoben wird. Auf diese Weise können keine Wurzelteile von der Elektrolyse verschont bleiben, und es genügt meistens eine einzige Sitzung, um selbst gröfsere Warzen und warzige Naevi radikal und sauber zu entfernen. Die zurückbleibende Narbe ist eine so geringe, dafs selbst die heikelsten Damen mit dem Resultate zufriedenzustellen sind. Bei Naevus verrucosus pilosus gehen die Haare gleichzeitig mit der Warze zu Grunde.

Acnea rosacea. Auch in der lokalen Behandlung der Acne rosacea sind sehr befriedigende Resultate mit der Anwendung der Elektrolyse zu erzielen. Gerade in den schwersten und hartnäckigsten Fällen fand ich die Elektrolyse indiciert. Am besten bedient man sich auch hier des negativen Pols. Die Nadeln — ich benutze nur solche aus Platin —

werden parallel zur Hautoberfläche eingestofsen. Eine Stromstärke von 2 M. A. bei 1/4 bis 1/2 Minute Dauer genügt, um flache Formen zur Verödung zu bringen. Bei höckerigen Formen ist der Strom etwas stärker zu nehmen, und man mufs ihn auch länger einwirken lassen, gleichwie bei der Elektrolyse der Warzen. Die elektrolytisch behandelten Stellen erkranken nicht so leicht wieder an Rosacea, was wichtig ist.

Depilation. Für eine radikale Enthaarung ist die Elektrolyse souverän. Sie läfst, richtig durchgeführt, nie im Stiche. Folgende Methode hat sich mir hierfür am besten bewährt: Ich stelle den Strom bei Metallschlufs ein für allemal auf 2 M. A. und lasse denselben nur an den beiden Elektroden offen. Die positive Schwammelektrode liegt frei auf dem Schofse des zu Operierenden. Die negative Elektrode ist durch einen Punkturnadelhalter mit einer Platinnadel armiert. Die Nadel wird genau in Haarrichtung in den Haarbalg leicht eingestofsen und ruhig in dieser Stellung erhalten. Auf das Kommando „Jetzt“ packt der Patient mit der einen Hand die auf seinem Schofse liegende positive Elektrode, der Strom ist nun geschlossen, und die elektrolytische Aktion macht sich sofort durch Aufschäumen einer weifslichen Masse um die Nadel bemerkbar. Auf die Nadel soll ein kontinuierlicher, sehr leichter Druck ausgeübt werden, wodurch dieselbe ohne bemerkbaren Widerstand in den Grund des Haarbalgs gelangt. Einviertel Minute Dauer genügt in der Regel. Dann kommandiert man „Fertig“, worauf der Patient die positive Elektrode sofort wieder fahren läfst. Ohne abzustellen kommt im nächsten Moment ein zweites, drittes Haar u. s. w. an die Reihe, wobei die Zeit zwischen „Jetzt“ und „Fertig“ die Elektrolysierung jedes einzelnen Haares darstellt. Hat man auf diese Weise 10—12 Haare behandelt, so macht man eine kleine Pause, greift zur Pinzette und entfernt damit die elektrolysierten Haare, die, wenn sie gut getroffen waren, gar keinen Widerstand leisten. Ist dies geschehen, so setzt man in oben beschriebener Weise die Elektrolysierung einer weiteren Reihe von Haaren fort. Bei einiger Übung lassen sich auf diese Weise 40—50 Haare in kürzester Zeit radikal entfernen. War beim Einstechen der Nadel der Haarbalg nicht gut getroffen, so bleibt das Aufschäumen um dieselbe, das bei richtigem Ansatze sofort eintritt, aus, oder es zeigt sich in nur unvollständiger Weise. In einem solchen Falle mufs sofort abgebrochen und frisch angesetzt werden.

Gumma. Bei einer Stromstärke von 3—5 M. A. und ca. 5 Minuten Dauer und Benutzung des negativen Pols habe ich schon mehrere syphilitische Gummata in kürzester Zeit entfernt, selbstverständlich ohne Vernachlässigung notwendig erscheinender übriger Behandlung.

Psoriasis. Bei dieser Erkrankung kann ich nur die Thatsache verzeichnen, dafs elektrolysierte Psoriasisplaques sich bald involvieren, und

dafs die betreffenden Stellen, soweit ich feststellen konnte, nicht wieder an Psoriasis erkranken.

Skrophuloderm. Ein ca. 17jähriger Bursche leidet seit etwa einem Jahre an einem nufsgrofsen Skrophuloderm der rechten Wange. Der junge Mann wurde bis jetzt nur innerlich behandelt, was auf diese lokale Affektion keinen Einflufs hatte. Seit drei Wochen befindet er sich in meiner Behandlung. Während dieser Zeit habe ich dreimal die Elektrolyse angewendet. Eine starke Nadel, mit dem negativen Pole verbunden, wirkte jedesmal bei 2—3 M. A. und ca. 5 Minuten Dauer. Auf die zwei ersten Sitzungen folgte jedesmal eine starke Sekretion detritischer Massen. Nach der dritten Sitzung war dies viel weniger der Fall. Dieser Tage kam der Patient wieder zu mir, das Skrophuloderm zeigt sich zum gröfsten Teile vernichtet, seine Oberfläche ist flacher und trockener, die Farbe eine gesundere geworden. In noch 2—3 Sitzungen glaube ich auf vollständige Heilung rechnen zu dürfen.

Meine Herren! Wenn es erlaubt ist, aus den wenigen erwähnten Thatsachen noch weitere Schlüsse zu ziehen, so glaube ich, dafs die Elektrolyse auch zur lokalen Behandlung der Lepra tuberosa, des Granuloma fungoides, des Hautsarkoms u. dergl. sich eignen würde. Über die elektrolytische Behandlung von Strikturen und syphilitischen Sklerosen werde ich später berichten. Mögen die wenigen Daten dazu beitragen, das Interesse für die Elektrolyse, für dieses mächtige und doch noch zu wenig gewürdigte therapeutische Mittel, allgemein zu wecken.

Eine neue elektrische Einrichtung für Galvanokaustik, Endoskopie, Faradisation, Galvanisation und Elektrolyse mit Anschlufs an einen ständigen Strom.

Vortrag, gehalten auf dem XI. Internationalen Medizinischen Kongrefs zu Rom.

Von

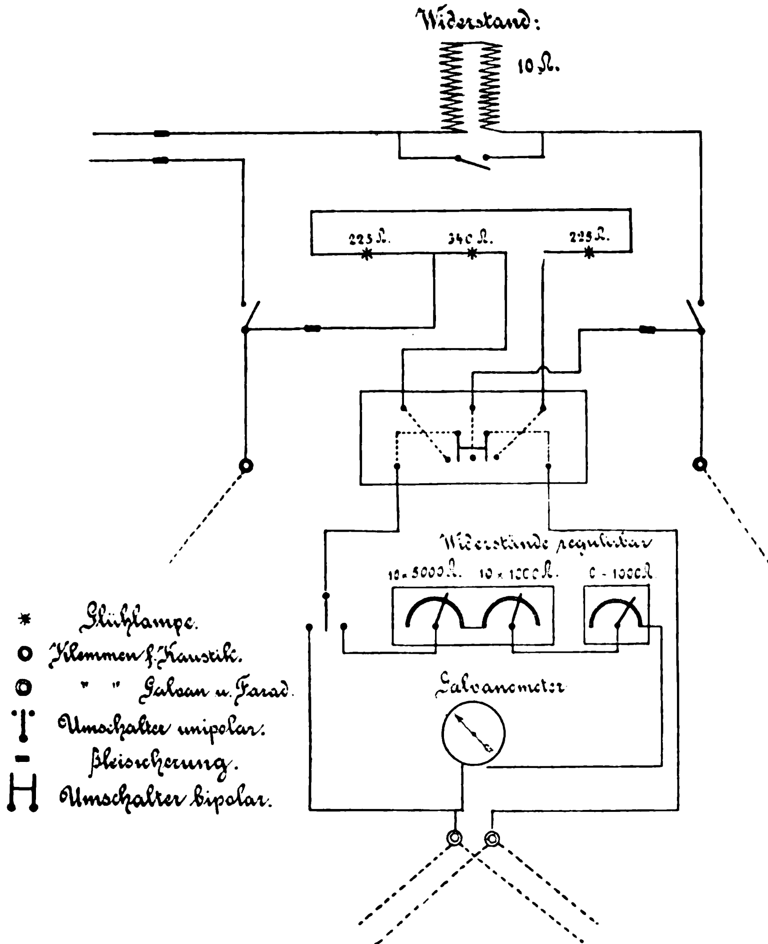
Dr. August Santi,

Docent für Dermatologie und Syphilographie in Bern.

Meine Herren!

Ich erstrebte schon lange zu therapeutischen Zwecken eine Elektricitätsquelle, die konstant und immer prompt wäre und keine besondere Bedienung erforderte, wie sie hauptsächlich die Benutzung von Batterien mit sich

bringt. Eine solche Bedienung kann sehr lästig werden und ist immer mit Zeitverlust verbunden, was die Anwendung der Elektricität sehr erschwert, oft sogar verhindert. Mein Ziel ging auf eine entsprechende Regulierung des städtischen Stromes, die meine Absicht am besten erfüllen sollte, und die ich mit Hülfe meines Freundes, des Herrn Ingenieurs A. Benteli, Direktor der elektrischen Werke in Bern, auch ausführen



konnte. Nach mehreren Experimenten ist es uns schliefslich gelungen, eine elektrische Einrichtung zu erzielen, die den Strom leicht und sicher für Galvanokaustik, Endoskopie, Faradisation, Galvanisation und Elektrolyse reguliert. Ich besitze diese Einrichtung seit länger als einem Jahre und bin mit derselben ausgezeichnet zufrieden. — Für diejenigen Kollegen, die sich für diese Einrichtung interessieren, stelle ich hier einige lithographische Tafeln zur Verfügung und füge eine kurze Erklärung bei.

Die Abzweigung der Leitungen des Stromes ist zuerst durch Bleisicherungen doppelpolig geschützt, um jede Gefahr, namentlich Feuersgefahr auszuschliefsen. Der Gleichstrom, dessen Potenzialdifferenz hier noch derjenigen des städtischen Verteilungsnetzes gleich ist, d. h. 120 Volts beträgt, wird alsdann durch einen Widerstand — welcher bei event. Verwendung des Stromes zu Lichtzwecken oder genauen Mefsarbeiten kurz geschlossen werden kann — für galvanokaustische Zwecke gebräuchlich gemacht. Nachdem man sich überzeugt hat, dafs die Kurzschlufsvorrichtung offen steht, dürfen ohne Gefahr die Drähte des Kauters an die dafür bestimmten Klemmen gelegt und die Hauptausschalter geschlossen werden. Der Vorschaltwiderstand ist leicht für jede Temperatur und Schlingendicke des Kauters regulierbar zu machen.

Von den Hauptausschaltern sind gleichzeitig abgezweigt die ebenfalls gesicherten Leitungen für faradischen und galvanischen Strom (Induktionsapparat, Endoskop und Elektrolyse). Zur Transformierung auf die jeweilen entsprechende Stromintensität dienen die Regulierwiderstände und Vorschaltglühlampen. Hinter die Regulierwiderstände ist das empfindliche Horizontalgalvanometer von Reiniger, Gebbert und Schall zur Messung von Stromstärken bis 500 Milliampères eingeschaltet. Eine Gefahr ist auch hier ganz ausgeschlossen, indem die Überspannung durch Vorschaltglühlampen absorbiert wird, und zwar sind die beiden äufseren in Serien geschaltet, einen Widerstand von ca. 500 Ω darstellend, bei Benutzung des Induktionsapparates durch entsprechende Stellung des bipolaren Umschalters zu verwenden. In diesem Falle kann der unipolare Ausschalter so gestellt werden, dafs der Strom Regulierwiderstände und Galvanometer nicht berührt. Die gleiche Hebelstellung des bipolaren Umschalters läfst sich auch für Elektrolyse gebrauchen, und ist man mit Hülfe der Regulierwiderstände im stande, von 2 Milliampères bis 240 M. A. jedes Stromintervall zu erhalten und am Galvanometer abzulesen. Die Änderung der Stromrichtung wird ebenfalls durch den bipolaren Umschalter bewerkstelligt, welcher demnach auch als Polwender dient. In dieser Stellung läfst der Strom bis 350 M. A., durch Auswechseln der Umschaltlampen sogar bis über 500 M. A. sich erhöhen.

In Räumlichkeiten ohne Holzböden ist auf Erdschlufs zu achten und für entsprechende Jsolierung des Bodens zu sorgen.

Neues Verfahren bei der Färbung der Mikroparasiten auf der Oberfläche des Körpers.

Von

Dr. C. BOECK,
Direktor der Universitätsklinik für Hautkranke in Christiania.

Die von mir im Jahre 1887 angegebene Färbungsmethode für die Hautpilze und Hornbakterien ist schon verhältnismäſsig sehr einfach und für die Herstellung von Dauerpräparaten, wie es mir scheint, recht zweckmäſsig.[1] Wenigstens habe ich prachtvolle Präparate von Mikrosporon minutissimum, wie ich sie sonst nirgends sah, damit zu stande bringen können. Aber für die augenblickliche Demonstration ist diese Methode doch nicht verwendbar. Die Methode von UNNA[2] ist ja schon sehr expedit; aber folgendes, beinahe lächerlich einfaches Verfahren, das wenigstens bei dem Mikrosporon furfur und den Malassezschen Sporen recht schöne Resultate giebt und auſserdem vielleicht als explorative Methode von ziemlich groſser Tragweite sein dürfte, ist noch expediter und hat den Vorteil, gar keine technische Übung zu verlangen. Die Methode ist die folgende:

Der Hautfleck, der auf Mikroorganismen untersucht werden soll, wird nämlich ganz einfach mit der Farbeflüssigkeit, z. B. der Sahlischen Boraxmethylenblaulösung,[3] gründlich bemalt, die überflüssige Farbe mit Baumwolle abgewischt, ein Schüppchen von dem jetzt scharf hervortretenden Fleck abgekratzt und unter dem Mikroskope in Glycerin und Wasser (1 : 3) untersucht. Wenn das Schüppchen vorher etwas zerzupft war, treten gewöhnlich in wenigen Augenblicken die Mycelfäden und Sporen ziemlich isoliert gefärbt hervor! Allerdings wird das Präparat, wenn es eine halbe Stunde liegt, noch besser. Diese Präparate sind jedoch nicht sehr haltbar, denn oft sind sie nach 24 Stunden schon abgeblaſst. Aber wenn das angewendete Glycerinwasser mit einigen Körnchen Resorcin versetzt wird, können die Präparate sich doch wenigstens einige Tage und die Malassezschen Sporen noch viel länger schön halten. Das Fixierungs-

[1] *Forhandl. i Det Norske medicinske Selskab i Christiania.* 1887. pag. 119—123. Ref. in *dieser Zeitschr.* 1888. pag. 551 und in *dieser Zeitschr.* 1891. pag. 227—228 in dem Aufsatze UNNAS.

[2] *Diese Zeitschr.* 1891. pag. 230—231.

[3] Diese Lösung hat folgende Zusammensetzung: 5%ige wässerige Boraxlösung 16 Teile, konzentrierte wässerige Methylenblaulösung 20 Teile, Wasser 24 Teile.

vermögen des Resorcins dem genannten Farbstoffe gegenüber habe ich schon früher wiederholt hervorgehoben. — Man braucht übrigens nicht sofort die Schüppchen zu untersuchen. Man kann das Material einsammeln, es in einem Stück Papier mehrere Tage aufbewahren, resp. versenden, und dann erst in dem mit Resorcin zugesetzten Glycerinwasser untersuchen; der Pilz tritt in der Weise noch schöner gefärbt hervor! Dagegen kann man nicht den einen Tag die Farbe auf der Haut anbringen, und einen folgenden Tag das Material einsammeln. Die Pilze sind nämlich dann, wahrscheinlich durch den Schweiſs, schon wieder entfärbt.

Dieser kleine Kunstgriff, das Bemalen des erkrankten Hautflecks, hat also folgende Vorteile: Erstens treten die erkrankten Flecken durch ihre viel dunklere Farbe sehr scharf hervor, wodurch schon die makroskopische Diagnose für den weniger Fachkundigen bedeutend erleichtert wird, zweitens erhält man in höchst einfacher Weise isolierte Färbung des Pilzes, und drittens heilt diese kleine Procedur, wenn sie recht gründlich ausgeführt wird, die Krankheit, wenigstens die Pityriasis versicolor! Mehr kann man füglich nicht verlangen.

Es liegt auf der Hand, daſs diese Methode ganz besonders bei der klinischen Demonstration sehr praktisch und verwendbar ist. Zur Herstellung von Dauerpräparaten von den Hautpilzen ist sie dagegen, wie gesagt, ganz unbrauchbar. Die Malassezschen Sporen halten sich allerdings schön gefärbt, wenigstens durch mehrere Wochen. Daſs die Methode auch zur augenblicklichen Stellung der Diagnose selbst für den Fachmann nützlich sein kann, haben einige Erfahrungen aus den letzten Tagen mir gezeigt: Es kam mir nämlich ein Fall von Herpes tonsurans an der inneren Seite des Oberschenkels vor, den man, dem auſsergewöhnlichen Aussehen nach, eher für einen Fall von Erythrasma halten konnte. Die Anwendung der oben beschriebenen Methode ergab jedoch das unerwartete Resultat, daſs es sich um Herpes tonsurans handelte. Die Mycelfäden traten hier erst, nachdem die Schuppen ungefähr eine halbe Stunde im Glycerinwasser gelegen hatten, recht schön gefärbt hervor. In vielen Fällen von Herpes tonsurans, namentlich wo die Hornschicht eine gewisse Mächtigkeit hat, ist die Methode jedoch kaum verwendbar. In einem andern Falle, wo ich ebenfalls einen Fall von Erythrasma auf der klassischen Lokalität vor mir zu haben glaubte, enthüllte die Methode sofort eine Pityriasis versicolor. Als der Patient nach einer Woche sich wieder vorstellte, war die Krankheit nur durch die Färbung der Flecke vollständig geheilt! Die Heilung durch diese Procedur geht jedoch auf anderen Körperstellen langsamer, schwieriger und nur nach wiederholtem Einpinseln vor sich, und wenigstens in den mehr verbreiteten Fällen ist die Methode als Heilmittel natürlich gar nicht zu empfehlen. Die starke Färbung der Haut und die Beschmutzung der Wäsche ist ja für den Kranken zu unangenehm.

Beim Bemalen ganz kleiner Flecke für explorative Zwecke kommen dagegen diese Übelstände nicht in Betrachtung.

Die Malassezschen Sporen (Saccharomyces ovalis und sphaericus Bizzozero) färben sich durch diese einfache Methode sehr gut. Die nach der Bepinselung eingesammelten und zwischen dem Objekt- und Deckgläschen in Glycerinwasser zerriebenen Schüppchen zeigen sich sofort unter dem Mikroskope mit den zahlreichen eigentümlichen Mikroorganismen bedeckt, und ich habe die letzteren kaum durch irgend eine andere Methode so schön gefärbt gesehen, wenn man das Präparat ein paar Tage aufbewahrt. Diese Präparate halten sich, wie gesagt, auch gut. Bei dem Eccema seborrhoicum trunci ist somit die Methode wirklich äuſserst praktisch. Auch der nicht Fachkundige kann sich sofort durch diesen kleinen Kunstgriff über die Affektion Gewiſsheit verschaffen, wenn er nur den Mikroorganismus kennt, der ja hier meistens in auſserordentlicher Menge vorkommt. Ich sage: meistens in auſserordentlicher Menge, denn wo der Prozeſs weniger florid ist, finden sich die Malassezschen Sporen nur ziemlich zerstreut, und dann auch häufiger mit der runden als mit der sonst häufigsten ovalen Form, vor.

Auch der Mikroorganismus des Erythrasmas, der Mikrosporon minutissimum, läſst sich in dieser Weise färben, obschon man bei weitem keine so schönen Präparate erhält, als durch meine anfangs dieses Aufsatzes erwähnte Methode, mittelst welcher ich prachtvoll gefärbte Präparate aus dem Jahre 1886 besitze, wo die natürliche, eigentümliche Lagerung des Pilzes in der Oberhaut vollständig ungestört beibehalten worden ist.

Diese einfachste Färbemethode, die man sich wohl denken kann, und von mir in meiner Abteilung schon mehr als ein Jahr geübt wurde, hat vielleicht eine gröſsere Verwendbarkeit, namentlich als vorläufige explorative Methode, wie oben angedeutet worden ist. Es lassen sich nämlich in dieser Weise auch Bakterien, z. B. auf Wundflächen mit gewissen Vorteilen färben. Es bildet sich nämlich auf der Oberfläche einer Wunde durch die Einwirkung des Farbstoffes eine Art Membran, die abgelöst und untersucht werden kann und die vorhandenen Bakterien in einer mehr natürlichen Lagerung enthält, als man sie sieht, wenn das Sekret wie gewöhnlich auf den Objektträger geschmiert und nachher gefärbt wird. Stückchen von einer solchen Membran können sogar zwischen zwei Objektträgern zerrieben werden und dennoch eine bestimmte Lagerung der Bakterien zeigen. Es ist z. B. recht interessant zu sehen, wie verschieden die Bakterienflora eines weichen und eines harten Schankers sich in dieser Weise präsentiert. Diese Präparate werden natürlich über der Flamme getrocknet und in Cederöl untersucht, sind also Dauerpräparate.

Um nicht miſsverstanden zu werden, wiederhole ich noch einmal, daſs

diese Schnellfärbung natürlich — von den Malassezschen Sporen abgesehen — nicht so vollkommene Präparate giebt, als die mehr umständlichen Methoden.

Nachdem dieser kleine Aufsatz geschrieben war, kam mir die letzte Arbeit UNNAS über natürliche Reinkulturen der Oberhautpilze in die Hände.[4] Die hier von UNNA angegebenen Verbesserungen der Technik können vielleicht auch bei dem oben beschriebenen Verfahren teilweise ausgenützt werden. Im ganzen ist natürlich dasselbe Verbesserungen mancherlei Art zugänglich.

Versammlungen.

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

(Originalbericht von Dr. G. D. HOLSTEN-Brooklyn.)

Sitzung vom April 1893.

1. WINFIELD stellte einen Fall von **Ulcus der Unterlippe** vor. Die Patientin gab an, daſs sie zwei und ein halbes Jahr zuvor am rechten Mundwinkel eine ähnliche Ulceration gehabt habe; dieselbe hätte mehrere Monate bestanden und sei schlieſslich ohne spezifische Behandlung geheilt. Die Anamnese ergab nichts von sekundären Erscheinungen.

Die gegenwärtige Geschwürsbildung begann vor acht Monaten in Gestalt einer kleinen Erosion, welche späterhin sich zu einer Pustel entwickelte. Die Frau hatte als Hausmittel eine aus Ätzkalk und Fett bereitete Salbe appliciert. Als sie zuerst in Behandlung kam, fand sich auf der Mitte der Oberlippe ein ungefähr einen Zoll im Durchmesser betragendes Geschwür mit infiltrierten und scharf ausgeschnittenen Rändern und miſsfarbenem Grund. Es bestand bei der Patientin eine entschiedene Störung des Allgemeinbefindens, Kopfschmerzen, Temperaturerhöhung und eine disseminierte Lymphadenitis.

Anfangs war die Diagnose Lupus in Betracht gezogen worden, jedoch konnte dieses Leiden bald ausgeschlossen werden, und der Fall wurde nunmehr als eine durch die erlittene Behandlung modificierte **Initialläsion** vorgestellt.

Die Patientin hatte zunächst verschiedene tonisierende Mittel erhalten und dann nach kurzer Zeit das Protojodid, in Gaben von 0,01 dreimal täglich, doch muſste dieses bald wegen Störungen im Gastro-Intestinalkanal ausgesetzt werden.

HOLSTEN betrachtete diesen Fall als eine derjenigen Formen von Primärsyphiliden, auf welche die Bezeichnung Ulcus elevatum angewandt worden ist, und er betonte, daſs an der in Rede stehenden Stelle die Primäraffektionen sehr gerne eine hypertrophische Form mit dicken Rändern, zerklüfteter Basis und reichlichem Eiter annehmen.

SHERWELL war gleichfalls der Meinung, daſs es sich hier um ein Primärsyphilid handle. Für ein Gumma wäre die Lokalisation eine sehr ungewöhnliche. Er erinnerte sich, auch sonst beobachtet zu haben, daſs an dieser Stelle lokalisierte Läsionen das

[4] *Diese Zeitschr.* Band XVIII. No. 6. 1894.

starke Wuchern darboten, wie der vorliegende Fall. Aus dem Krankheitsbericht sei auch eins noch hervorzuheben, worauf übrigens Dr. Holsten bereits früher hingewiesen habe, nämlich, dafs das Protojodid leichter als die anderen Quecksilbersalze Störungen im Magendarmkanal, Speichelflufs u. s. w. hervorruft.

2. Holsten stellte sodann einen Fall von **ringförmigem, tuberkulösem Syphilid** vor. Das Aussehen des Ausschlags erinnerte lebhaft an Psoriasis, aber bei Berührung war die infiltrierte Beschaffenheit sehr deutlich zu erkennen.

Sherwell erwähnte, dafs unter Umständen sich ein zweites Hautleiden auf ein schon vorhandenes aufpflanzt, was mit der Bezeichnung Symbiosis benannt worden ist. Die Möglichkeit eines solchen Vorganges ist früher geleugnet worden, doch wird dieselbe jetzt von den Dermatologen allgemein zugegeben. Er wolle nur auf die häufiger beobachteten Fälle von Syphilis aufmerksam machen, welche auf einer Basis von seborrhoischem Ekzem sich entwickeln.

Winfield hielt die Diagnose für richtig, wenigstens was die Syphilis betrifft. Der eigentümlichen Verteilung und der rundlichen Form der Läsionen nach zu urteilen, möchte er der von Sherwell aufgestellten Ansicht, dafs das Syphilid wahrscheinlich sich auf einer psoriatischen Basis entwickelt habe, beistimmen. Er habe zur Zeit im Kings County Hospital zwei ähnliche Fälle in Behandlung: erstens eine Frau, welche aufser einer Corona veneris psoriasisartige Syphilide an den Beinen und dem Rücken darbietet, wobei die Läsionen aber ebenso wie bei dem vorgestellten Kranken im Abheilen begriffen sind. Die Patientin gab an, dafs sie als Kind schon an einem Ausschlag gelitten habe, welcher an den Ellenbogen und Knien lokalisiert war und ihrer Beschreibung nach Psoriasis gewesen zu sein scheint. Der zweite Patient, ein erwachsener Mann, hat kreisförmige Syphilide, welche ihrer Form nach Ähnlichkeit mit Psoriasis aufweisen. Bei beiden Kranken handelte es sich um Spätformen der Syphilis.

Sitzung vom 11. Mai 1893.

1. Sherwell stellte einen Fall von **chronischer, pigmentierter Urticaria** bei einem 24jährigen Manne vor. Der Ausschlag bestand aus ziemlich zahlreichen Läsionen von verschieden grofser Ausdehnung und von dunkelbrauner bis hellroter oder sogar an einzelnen Stellen fast violetter Farbe. Einige Läsionen zeigten die Neigung, sich zu Blasen zu entwickeln, während an anderen Stellen Schwund des Gewebes (subkutane Atrophie) zu konstatieren war. Der Ausschlag hatte seit dem 18. Lebensmonate des Patienten bestanden, hatte aber, abgesehen von etwas Juckreiz während der heifsen Jahreszeit, keine subjektiven Beschwerden hervorgerufen.

2. Morton stellte ein 13jähriges Mädchen mit Geschwüren am Gesicht, am Arm und dem einen Fufse vor. Der Nasenrücken war ein wenig eingedrückt, und die Drüsen waren diffus geschwollen. Diese Geschwürsbildungen hatten seit der frühesten Kindheit bestanden. Morton fafste die Affektion nicht als Lupus auf, noch auch hielt er die Läsionen für Skrophulodermata wegen der Art ihrer Entwickelung und der Gestalt der Nase u. s. w. Vielmehr stellte er die Diagnose auf nicht-kongenitale Syphilis und hoffte, durch die Therapie seine Ansicht bestätigen zu können.

Raynor hielt den Fall für **Skrophuloderma**, und Sherwell pflichtete dieser Ansicht bei.

Winfield konstatierte eine entschiedene Ähnlichkeit zwischen diesem Fall und dem von ihm in der Januarsitzung vorgestellten Italienerknaben, der von seiner Amme syphilitisch inficiert worden war.

3. Jewett stellte einen Fall mit folgendem Krankenbericht vor: Bei dem zweijährigen Kinde hatte sich ungefähr drei Wochen nach der Genesung von einer Masernattacke zuerst am Gesicht, dann an den Extremitäten und dem übrigen Körper

ein eigentümlicher, papulo-bullöser Ausschlag eingestellt. Anfangs war derselbe von dunkelroter Farbe und von harter, an Schrotkörner erinnernder Konsistenz. Der Übergang der Papeln in Bläschen ging schnell vor sich, und letztere enthielten keinen Eiter, sondern nur Serum. Indem die einzelnen Läsionen sich vergrößerten, verwandelten sich einzelne derselben, wahrscheinlich infolge einer Infektion von außen her, in Pusteln. Die Läsionen waren dabei von einem entzündlichen Hofe umgeben, und einige von ihnen konfluierten sogar. Die Vesikel zerplatzten nicht, sondern sie schrumpften zu dünnen Schuppen ein, nach deren Beseitigung sich die Haut in einer fast normalen Beschaffenheit vorfand. Die Anamnese ergab nichts von einer spezifischen Infektion, noch auch war irgend ein Medikament gegeben worden, das geeignet gewesen wäre, einen derartigen Ausschlag hervorzurufen. Winfield, der diesen Fall als Consiliarius untersucht hatte, fand, daß derselbe große Ähnlichkeit mit **Pemphigus** darbiete.

4. Jewett berichtete ferner über ein Mädchen, welches mehrere auf **Variola** hinweisende subjektive Symptome aufgewiesen hatte, und bei welchem nach ungefähr zwei Tagen sich ein Ausschlag ungewöhnlicher Art einstellte. Derselbe fing als ein erythematöser Fleck an der Stirn und dem Gesicht an, breitete sich später über den Hals und Rücken aus, und schließlich traten einige kleinere Läsionen auch an den Lippen auf. Es handelte sich dabei nicht um Papeln; der Ausschlag fing vielmehr als Maculae an und ging dann in Bläschen über. Außer einem erheblichen Brennen und Jucken gerade zur Zeit des Ausbruchs der Affektion, bestanden keine besonderen Beschwerden.

Sherwell und Winfield diagnosticierten den Fall als **Erythema multiforme nach Influenza**, wovon sie in letzter Zeit mehrfach Beispiele beobachtet haben. Diese Diagnose erklärt auch die lebhaften subjektiven Symptome.

Sitzung vom 18. Juni 1893.

1. Winfield zeigte den im April vorgestellten Patienten mit der **Initialaffektion der Lippe** wieder vor. Das Geschwür war fast geheilt gewesen, brach aber wieder hervor, als der Kranke längere Zeit die Behandlung aussetzte, und zur Zeit ist die Affektion schlimmer, als je zuvor.

2. Jewett zeigte einen Fall von **Epitheliom der Unterlippe** von zweijähriger Dauer. Das Leiden hatte sich auf einer Brandnarbe entwickelt und nimmt jetzt die gesamte Unterlippe, den Unterkiefer und einen Teil der Zunge ein. Die Behandlung hatte in der Applikation von Ätzmitteln bestanden, und der Zweck der Vorstellung war der, zu zeigen in welcher Weise diese planlosen Eingriffe das Wachstum rapide beschleunigt hatte.

Die Diskussion drehte sich um die zu befolgende Therapie. Morton glaubte, daß dem Patienten das Leben erhalten oder wenigstens verlängert werden könne, wenn man den Unterkiefer gründlich reseciere und alle geschwollenen Drüsen entferne. Die anderen Mitglieder der Gesellschaft bezeichneten den Fall als hoffnungslos.

3. Sherwell stellte einen Fall von **sekundärer Syphilis** vor, der dem makulopapulösen Stadium der Variola ähnlich war. Das Leiden hatte sechs Monate lang bestanden.

4. Morton zeigte einen Fall von **primärem Pigmentsyphilid** mit folgender Krankengeschichte:

Die Infektion fand vor 18 Monaten in China statt. Bei der ersten Untersuchung fand sich ein papulöser Ausschlag, an dessen Stelle späterhin sich Pigmentablagerungen entwickelten. Das Pigment war aber vollständig resorbiert worden, und an den betreffenden Stellen ist die Haut etwas dünner, als an den normalen Partien, atrophisch und von livider Farbe. Diese Lividität verschwindet auf Druck und ist durch vaso-

motorische Parese und passive Hyperämie bedingt. An den Orificien der Talgdrüsen finden sich vielfach kleine, kreisrunde Narben. Es handelt sich bei diesem Falle um die Endstadien des Pigmentsyphilids, und die wichtigsten Punkte dabei sind: 1. das augenblickliche Fehlen einer ausgesprochenen Pigmentierung; 2. die Atrophie der Haut; 3. die Gefäfsdilatation; 4. die Narbenbildung in der Umgebung der Talgdrüsen; 5. das Fehlen von Narbengewebe an den anderen Teilen der Läsionen.

5. Von Winfield wurde ein Fall von **Lupus** vorgestellt, welcher die bei lupoiden Gebilden so häufig vorkommende Degeneration durchgemacht hatte. Die Affektion hatte bei dem nunmehr 33jährigen Patienten bereits vor 20 Jahren an der Stirn zuerst begonnen. Die Behandlung hatte in der Applikation von Pyrogallussäure, Excidieren u. s. w. bestanden, und der Kranke schien längere Zeit geheilt zu sein. Seit kurzem aber war an der Narbe ein ulcerativer Prozefs aufgetreten, der klinisch eine grofse Ähnlichkeit mit Lupus darbot, doch hatte eine sorgfältige Untersuchung keine Bacillen ergeben.

6. Ferner stellte Winfield einen 71jährigen Mann mit einem Geschwür auf der Kopfhaut vor. Sowohl an den Weichteilen, wie am Knochen waren Substanzverluste eingetreten. Anamnestisch liefs sich von einer vorherigen syphilitischen Infektion nichts eruieren. Die Diagnose lautete auf **Osteosarcoma.** Dieser Auffassung des Falles trat auch Morton bei, während Sherwell und Moscher denselben als syphilitisches Gumma ansprachen.

7. Morton und Winfield berichteten über folgenden Fall vom Kings County Hospital: J. D., 25 Jahre alt, wurde im Dezember 1892 aufgenommen. Im September desselben Jahres hatte er zwei kleine Geschwüre am Penis und im Anschlufs daran vereiternde Bubonen gehabt, sowie und nachher auch Halsentzündung. Ungefähr am 1. Oktober erkrankte er mit Typhus, welcher in typischer Weise verlief. Patient hatte stets ein ziemlich lockeres Leben geführt. Zwei Wochen vor der Aufnahme hatte er am rechten Unterkieferwinkel eine kleine Anschwellung bemerkt, welche seitdem beständig zugenommen hat. Bald nachher schwollen die submaxillaren Drüsen der anderen Seite an und wurden hart. Er hatte auch über rheumatische Schmerzen in der rechten Schulter und beiden Knien bis zur Mitte der Unterschenkel hinab zu klagen. Einen Monat nach seiner Aufnahme im Hospital waren die Drüsen mehr geschwollen, und es entwickelte sich ein Ausschlag, der anfangs auf der Innenseite der Oberschenkel, dann an der Brust und schliefslich im Gesicht und an den Armen und Händen seinen Sitz hatte. Derselbe bestand zunächst aus Papeln; späterhin gingen einige derselben in Bläschen über, trockneten ein und hinterliefsen Borken. Als der Ausschlag seinen Höhepunkt erreichte, waren seine Hände geschwollen, blau und kalt. Juckreiz war nur während der letzten Woche in geringem Grade vorhanden gewesen.

Morton hielt die Affektion für **Lichen ruber.**

Sherwell trat dieser Diagnose nicht bei, weil die Läsionen weder die Gestalt noch die Farbe des Lichen ruber aufwiesen. Auch fehlte bei diesem Falle der Juckreiz. Redner neigte vielmehr dazu, das Leiden für syphilitisch zu erklären.

Winfield erwähnte den Umstand, dafs jegliche antisyphilitische Behandlung erfolglos gewesen war, dafs aber der Kranke sich beim Gebrauch von Arsenik in Gestalt der Pilulae asiaticae gebessert hatte. Die von Sherwell hervorgehobenen differential-diagnostischen Merkmale seien sehr zutreffend. Während der ersten 14 Tage des Bestehens habe der Ausschlag eine viel hellere rote Farbe aufgewiesen. als gegenwärtig.

Sitzung vom 10. November 1893.

1. Morton stellte den zuerst in der Februarsitzung gezeigten Fall von **Eccema verrucosum** wieder vor. Im April hatte er den Fall zum zweiten Male vorgestellt

um den durch die Behandlung erzielten Erfolg zu demonstrieren. Dieselbe hatte in der Anwendung von Salicylsäurepflastern nebst Curettement bestanden. Der Fall wird als ein recidivierendes Eccema verrucosum vorgestellt.

Sherwell ist noch immer geneigt, die Affektion als Tuberculosis verrucosa cutis zu diagnosticieren. Er betonte, daſs diese Form der Hauttuberkulose sich häufiger bei älteren Individuen finde, während Lupus bei jüngeren Personen vorkomme. Den eigentlichen Grund, weshalb dies so sei, könne er zwar nicht angeben.

Winfield hielt dies für ein wichtiges diagnostisches Merkmal; er schilderte auch den mikroskopischen Befund bei den beiden Krankheiten: beim Lupus sieht man ein Überwiegen der kleinen Zellen und nur sehr wenige Tuberkelbacillen, während bei der Tuberculosis verrucosa die groſsen Riesenzellen zahlreicher auftreten und die Bacillen leichter zu finden sind.

2. Morton stellte einen Fall von **Raynaudscher Krankheit** vor: J. R., 36 Jahre alt, hatte vor 15 Jahren Syphilis acquiriert. Nach einer drei Monate langen Behandlung waren alle Krankheitssymptome verschwunden, und erst vor fünf Jahren bemerkte er, daſs seine Finger und auch die Hände kalt und blau wurden, und daſs die Blaufärbung zu gewissen Zeiten, namentlich im Winter, viel dunkler als sonst war. Ferner war die linke Hand viel kälter, als die rechte. Die Nägel waren trocken, rissig, brüchig und erodiert. An den Fingerspitzen schuppte die Epidermis ab. Es bestand weder ein Aneurysma noch ein Klappenfehler. Morton führte aus, daſs das wesentliche pathologische Moment bei der Raynaudschen Krankheit in einer Verengerung des Lumens der Blutgefäſse besteht; dieselbe führt in manchen Fällen zu einem vollständigen Verschluſs der kleineren Endarterien in den Extremitäten. Bei zehn von Raynauds eigenen Fällen war dieser Zustand durch eine krampfartige Zusammenziehung der Muskelfasern der Gefäſswände bedingt. Eine ähnliche, zur Verengerung des Lumens der Blutgefäſse führende Wirkung sieht man auch bei den durch syphilitische Endarteritis bedingten Veränderungen und auch bei chronischer interstitieller Nephritis. Morton ist der Meinung, daſs bei diesem Falle die wiederholten Attacken der lokalen Asphyxie auf einer spastischen Kontraktion oder Verengerung der Gefäſswände beruhten. Wenn das Kaliber der Arterien sich seinem Durchmesser nach nicht zu Zeiten veränderte, so würde der Kreislauf auf dem gleichen Niveau fortbestehen, und die Farbenveränderung zwischen blau und violett würde nicht eintreten. Wenn der Fall auf syphilitischer Basis beruht, so stellt sich die Prognose günstiger, als wenn die Gefäſswände in anderer Weise entartet sind.

Sitzung vom 8. Dezember 1893.

1. Sherwell stellte einen Fall von **Molluscum fibrosum** vor. Der 22jährige Patient hatte sich wegen einer haselnuſsgroſsen Geschwulst, die am linken Ohrläppchen seit dem Frühjahr 1888 bestanden hatte, in Behandlung begeben. Der Tumor präsentierte sich anfangs als ein kleines, hartes Knötchen und nahm stetig zu, bis er die gegenwärtige Gröſse erreichte. Bei Berührung gewährte das Gebilde den Eindruck, daſs man es mit einem Cystom zu thun hatte, aber nach der Exstirpation erwies es sich als ein Fibroma molluscum.

2. Sherwell stellte ferner eine auf traumatischer Trophoneurose beruhende **Atrophodermie** bei einer 49jährigen Magd vor. Die Haut war sonst in jeder Beziehung normal gewesen. Veränderungen traten erst ein im Anschluſs an einen Sturz, bei welchem sie mit dem Hinterkopf aufschlug und, nach den intensiven Symptomen zu schlieſsen, wahrscheinlich eine Schädelfraktur erlitt. Die Kranke macht jetzt einen stumpfen Eindruck, während sie vor dem Unfall aufgeweckt und munter gewesen war. An den Extremitäten findet sich fleckenweise ein squamöserythematöser Ausschlag nebst atrophischen Stellen, von denen einige im Gefolge

eben dieser squamös-erythematösen Flecke auftraten, während andere sich spontan entwickeln.

3. MORTON stellte einen Fall von **Pityriasis rosea** bei einem 33jährigen Feuerwehrmanne vor. Man sieht einige kreisrunde und ovale, circumskripte Flecke von ungefähr Halbthalergröfse an den Extremitäten lokalisiert. Redner erwähnte, dafs die Ätiologie dieses Leidens immer noch Gegenstand einer lebhaften Kontroverse ist. KAPOSI beschrieb unter dem Namen Herpes tonsurans maculosus eine durch den Trichophytonpilz bedingte Affektion. Die Kontagiosität dieser KAPOSIschen Form ist wiederholt durch absichtliche und unabsichtliche Übertragung nachgewiesen worden. GIBERT, DUHRING, CROCKER haben unter der Bezeichnung Pityriasis rosea oder Pityriasis maculata et circinata eine allem Anscheine nach völlig identische Affektion beschrieben. Bei diesen Fällen war aber kein charakteristischer Pilz zu finden gewesen, und alle Impfversuche fielen negativ aus. Es läfst sich hieraus der Schlufs ziehen, dafs hier doch zwei Krankheiten vorliegen, von denen die eine ein einfaches Erythem ist, der zum mindesten mit einem nur schwach lebensfähigen Parasiten verknüpft ist.

SHERWELL zieht den von der American Dermatological Association angenommenen Namen Pityriasis maculata et circinata dem anderen vor. Er habe viele Fälle dieser Art gesehen, und er hielt das Leiden nicht für ausgesprochen kontagiös, noch auch habe er gefunden, dafs dasselbe so sehr selten sei, wie viele Dermatologen zu glauben scheinen. Seiner Ansicht nach sei es nicht durch eine allgemeine Entartung des Organismus bedingt, sondern er betrachtete es als ein durch eine gewisse rheumatische Grundlage bedingtes Erythem.

WINFIELD warf die Frage auf, ob man nicht berechtigt sei, zwei gesonderte Krankheiten zu unterscheiden, von denen die eine auf parasitärer Basis beruhen würde, die andere ein Erythem wäre; zu der ersteren Art gehörten die durch Schuppenbildung und hartnäckiges Persistieren gekennzeichneten Fälle. Er stützte seine Auffassung durch den Hinweis auf die Alopecia areata, welche lange Zeit hindurch auch als rein neurotischen Ursprungs gegolten hat.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Besprechungen.

Elementarabrifs der Dermatologie, von BROCQ und JACQUET. (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire.*) I. Teil: Allgemeine Pathologie der Haut, von BROCQ. — Das kleine, aber wirklich aufserordentlich praktisch angelegte Werkchen des berühmten französischen Dermatologen zerfällt in sieben Abschnitte und behandelt die allgemeine Symptomatologie, pathologische Anatomie, Ätiologie, Prognose, Diagnose und als ausführlichsten Teil die allgemeine Therapie. Letztere zerfällt in die Hygiene, die innere und die äufsere Behandlung mit Angabe der zur Zeit im In- und Auslande angewendeten Topica nebst deren Indikationen. Im letzten Abschnitt, welcher die Klassifikation der Dermatosen behandelt, erklärt Verfasser, dafs die Aufstellung einer rationellen, logischen Einteilung der Hautkrankheiten zur Zeit absolut unmöglich ist, solange die Grenzen der grofsen Dermatosen (Ekzem, Akne, Psoriasis) noch nicht abgesteckt worden. In Ermangelung eines Besseren schlägt B. folgende Einteilung der natürlichen Gruppen vor:

1. Die Hautdifformitäten, d. h Dermatosen von nicht accidentellem Ursprung, und zwar a) circumskripte (Naevi) und b) diffuse.

2. Die artificiellen Dermatosen a) von äußserer, b) von innerer Ursache.

3. Die parasitären Dermatosen: a) tierische, b) pflanzlich-parasitäre.

4. Die durch Mikrobien bedingten Dermatosen.

5. Die Dermatosen nervösen Ursprungs.

6. Die übrigen Dermatosen, die in den Rahmen keiner der angeführten Klassen passen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Kurze Betrachtungen über die Übertragung der Syphilis durch die Ehe, von J. P. Leite. (Dissert. Bahia 1893.) Verfasser teilt seinen Stoff in drei Hauptabschnitte ein:

1. Folgen der Verheiratung eines Syphilitischen für die Frau. Diese wird nämlich auf verschiedene Weise inficiert: während der Periode des Initialaffektes, der sekundären Läsionen, durch das Blut, durch den syphilitischen Foetus.

Ferner sind in Betracht zu ziehen: die moralischen Folgen, der Verlauf von Geburt und Puerperium bei Syphilitischen und die Prädisposition zu anderen Affektionen.

2. Folgen für die Nachkommenschaft (hereditäre Syphilis; Stigmata der Syphilis hereditaria tarda; Mortalität der hereditär Syphilitischen).

3. Bedingungen, unter denen Syphilitische heiraten dürfen (Fehlen spezifischer Symptome, langjähriger Bestand der Diathese, befriedigende spezifische Behandlung).

Zur Illustration der in der Arbeit ausgeführten Gedanken dienen elf Krankengeschichten. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Erster Jahresbericht (31. Oktober 1892 bis 30. Oktober 1893) über die Poliklinik für Hautkranke an der Universität zu Königsberg. Herausgegeben von Prof. Caspary und Dr. Paul Samter. Die Poliklinik war von 804 Kranken besucht; darunter befanden sich 120 mit venerischen Leiden Behaftete. An die Statistik werden einige Bemerkungen geknüpft.

Von den 17 Fällen mit Alopecia areata war nur in 15 die Diagnose sicher. Übertragung liefs sich in keinem Falle nachweisen, weshalb alle Fälle als neurotische aufgefafst werden. Schuppenbildung war niemals zu sehen; einmal stellte sich vorübergehende Seborrhoe nach Faradisation ein, einmal, in einem frischeren Falle, waren einige Haarstümpfchen auf der glatten Haut sichtbar. Faradisation leistete nichts, dagegen thaten 10 %ige Chrysarobinsalben gute Dienste; Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Sechs Fälle von Pityriasis rosea zeigten stets allgemeine Eruption, die in ca. acht Tagen unter Jucken aufgetreten war. Es handelte sich stets um die makulosquamöse Form. Pilzfäden oder Sporen wurden nicht gefunden, Kulturversuche waren erfolglos, Überimpfung gelang nicht, Ansteckung konnte nicht nachgewiesen werden. Die Verfasser glauben Pityriasis rosea, nicht Herpes tonsurans annehmen zu müssen.

Mykosis fungoides wurde in einem Falle beobachtet. Die jetzt 38 Jahre alte Frau bekam 1887 zuerst Hautjucken am ganzen Körper, erst 1½ Jahre darauf Rötung und Schwellung an den Oberschenkeln, die sich auf die gesamte Haut mit Ausnahme des Gesichts ausbreitete; auch umschriebene Verdickungen waren vorhanden. Antiluetische Kur war ohne Erfolg; seit 1892 Arsenik. Patientin befindet sich zur Zeit noch im prämykotischen Stadium.

Urticaria pigmentosa zeigte ein fünfjähriges Mädchen. Die Entwickelung der Flecken ging so vor sich, dafs sich Quaddeln erhoben, die zur Urticaria rubra

zählten. Die Rötung blieb trotz abnehmender Infiltration und ging allmählich in eine tiefbraune Farbe über. Teerbäder, Antipyrin hatten guten Erfolg.

Adenoma sebaceum konnte bei einem jungen Manne diagnosticiert werden.

Von den Luesfällen ist ein dreijähriges Kind hervorgehoben, das neben Syphiliden einen Lichen planus zeigte. Hydrargyrum tannicum oxydulatum intern wurde vielfach gegeben, jedoch war der Erfolg meist ein zögernder. Zu Injektionen wurde Sublimat verwendet, das nur in einem Falle wegen schmerzhafter Infiltrationen aufgegeben werden mufste. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Anleitung zur Harnanalyse für praktische Ärzte, Studierende und Chemiker mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Medizin, von Prof. W. F. Loebisch-Innsbruck. (3. Auflage. Urban & Schwarzenberg. Wien u. Leipzig. 1893.) Wenn ein Werk in dritter Auflage vorliegt, so ist sein Urteil gesprochen, und es erübrigt nur, zu sagen, dafs dasselbe auch in dieser auf der Höhe der Wissenschaft steht. Jeder, der Harnanalysen zu machen hat, findet in demselben die nötige Belehrung und die feineren Details und oft so wichtigen Technicismen. Auch für den Dermatologen ist die Erforschung des Harns von gröfstem Werte, was die zahlreichen Beziehungen der Krankheiten, die Anomalien in der Zusammensetzung des Harnes bedingen, zu Hautaffektionen leicht ermessen lassen. Ich erinnere nur an die Bedeutung der Darmfäulnis für Urticaria, Pemphigus etc., wie sie jetzt gerade mit Recht betont wird; die Bestimmung der Fäulnisprozesse erfordert sorgfältige quantitative Feststellung der Ätherschwefelsäuren im Harne.

Es sei das gut ausgestattete Lehrbuch warm empfohlen!

Jessner-Königsberg i. Pr.

Steine und Fremdkörper der Harnblase und der Harnröhre; Chirurgische Krankheiten der Harnleiter, von Paul Güterbock. (*Die chirurgischen Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane.* Bd. I, Teil 3. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 1894.) Durch eingetretene Hindernisse ist der vorliegende dritte Teil des Güterbockschen Werkes etwas verspätet erschienen. Er behandelt die Steine und Fremdkörper in Harnröhre und Harnblase in bekannter lichtvoller und exakter Ausführlichkeit; unterstützt wird die Darstellung durch zahlreiche treffliche Holzschnitte. Wir verzichten auf ein eingehendes Referat, das bei dem Umfang und der Mannigfaltigkeit des Stoffes auf eine Inhaltsangabe herauskäme, und begnügen uns mit einer warmen Empfehlung des trefflichen Werkes. *F. Hahn-Bremen.*

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet von Prof. Dr. P. Baumgarten. VIII. Jahrg. 1892. I. Abt. (Harald Bruhn, Braunschweig. 1893.) Der achte Band des vorzüglichen bakteriologischen Jahresberichts von Baumgarten liegt uns in seiner ersten Hälfte hier vor. Die Vollständigkeit der berücksichtigten Litteratur macht das Werk zu einem für jeden, der sich mit der Ätiologie und Pathologie der Infektionskrankheiten beschäftigt, unentbehrlichen; er wird nach keiner Arbeit vergeblich suchen und vieles Stöbern in den zahlreichen Journalen und Abhandlungen ersparen. Wir finden in diesem Teile eine Besprechung der Lehrbücher und der Originalabhandlungen, soweit sie sich auf Kokken und Bazillen erstrecken. Speziell wird auch jedem Dermatologen eine reiche Ausbeute ihn interessierender Berichte zu teil werden, wenn er sich das Studium dieses Buches angelegen sein läfst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Weib als Verbrecherin und Prostituierte. Anthropologische Studien, gegründet auf eine Darstellung der Biologie und Psychologie des normalen Weibes, von C. Lombroso und C. Ferrero. Autorisierte Übersetzung von H. Kurella.

(Hamburg 1894. Verlagsanstalt, vorm. J. F. Richter.) Das hochinteressante und geistvolle, wenn auch nicht in allen Punkten unanfechtbare Buch bespricht zunächst die Biologie und Psychologie des normalen Weibes, welches dabei oft allerdings eine wenig schmeichelhafte Kritik erfährt. Das Weibchen, bei niederen Tieren stets kräftiger, als das Männchen, wird von letzterem bei höheren Tieren überholt; stets ist aber der männliche Organismus komplicierter gebaut. Das Weib ist dem Manne gegenüber stets infantil gebaut. In sensibler Beziehung ist es stumpfer; auch die sexuelle Sensibilität ist geringer, als beim Manne; die Frauenliebe ist weniger eine erotische, als eine Mutterliebe. Auch die Schmerzempfindlichkeit ist eine geringere. Bei allen Naturvölkern sind die Frauen grausamer, als die Männer, das Gefühl des Mitleids macht sich aber im Gegensetz dazu stets gegenüber dem Schwachen bemerkbar, einhergehend mit einen wenig ausgeprägten Sinn für Gerechtigkeit. Die Mutterschaft ist die charakteristische Funktion des Weibes. Der Sinn für Moral ist, wie beim Kinde, wenig ausgeprägt. Die Intelligenz ist eine geringere; die Frauen sind nicht produktiv, nicht originell, sie reproducieren nur Gehörtes, Gelesenes und Gesehenes.

Auf die Kriminologie des Weibes eingehend, interessiert uns hier, dafs dieselbe identisch ist mit der Geschichte der Prostitution. Es sei nur angedeutet, dafs die Verfasser die Neigung zum Verbrechen beim Manne identificieren mit der Neigung zur Prostitution beim Weibe. Nicht sexuelle Erregbarkeit, sondern anomale, verbrecherische Anlage des Weibes ist die Quelle der Prostitution. Wie sich diese verbrecherische Anlage in körperlichen und geistigen Anomalien äufsert, das wird auf breitester Basis ausgeführt, durch Beispiele und Illustrationen belegt. Wer sich für die Frauenbewegung oder die Prostitutionsfrage interessiert, der wird das anregende, inhaltreiche und umfangreiche Werk studieren müssen. Mag man auch oft anderer Ansicht sein, man wird nolens, volens auf das Lebhafteste durch die Lektüre des durchaus eigenartigen Buches gefesselt. Man kann dasselbe nur freudig als eine Bereicherung der Litteratur begrüfsen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über das Vorkommen echter peripherer Nervenendnetze, von Emil Ballowitz. (*Anat. Anz.* 1893. No. 5 u. 6). Bei Gelegenheit der Mitteilung von Ballowitz und Eberth über die Endigungen der Chromatophorennerven stellte Lenhossek es als eins der wichtigsten Ergebnisse der neueren Forschungen über den Bau des Nervensystems hin, dafs alle Nervenfasern mit Endbäumchen enden, die keine Anastomosen eingehen; solche gebe es im Nervensystem nicht. Nun hat Koelliker 1858 ein geschlossenes Nervenendnetz im elektrischen Organ der Fische beschrieben, das aber nur zum Teil anerkannt ist. Auf Grund von Untersuchungen am Torpedo bestätigt Ballowitz die Koellikersche Angabe mit einigen Modifikationen und beschreibt genauer die Zusammensetzung der elektrischen Platte mit dem terminalen Nervenendnetz und den elektrischen Stäbchen, die dasselbe verbinden. Ein Lichtdruck nach einer Photographie soll die Befunde illustrieren, aber es dürfte aus demselben jemand kaum etwas anderes heraussehen, als ein unklares Chaos.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Pigment und dessen Bildung bei Tieren, von Reinke. (Naturforschende Gesellschaft zu Rostock. 28. Oktober 1893.). Verfasser hat allerhand interessante Versuche mit kleinen Farbstoffpartikelchen, die er in Wasser, Öl etc. aufschwemmte oder emulgierte, aufgestellt in Bezug auf ihr optisches Verhalten unter dem Mikroskop. Er sucht dadurch dem Wesen der Pigmentzellen, bezw. der Bildung des Pigments, zunächst bei Salamanderlarven, auf die Spur zu kommen. *F. Hahn-Bremen.*

Oberhautpigment der Säugetiere, von Ernst Kromayer. (*Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd. XLII). Die Frage nach der Entstehung des Pigments hängt innig zusammen mit der Beantwortung der Frage nach der Natur der Chromatophoren, über welche die Anschauungen ja sehr auseinandergehen. Verfasser wandte nun diesem Punkte seine Aufmerksamkeit zu und untersuchte von Menschen, Ratte, Katze, Hund, Kuh, Pferd, Schaf, Schwein verschiedene Objekte, die er lebenswarm in Alkohol fixierte und dann in durch Xylol aufgehellten Stücken bei schwacher Vergröfserung untersuchte. Nur diejenigen Teile, die weiteres Interesse boten, wurden zur Untersuchung in Paraffin eingebettet und geschnitten.

Bei der Untersuchung der Verhältnifse der Protoplasmafasern zu den Pigmentkörnern mittelst der für erstere vom Verfasser angegebenen Färbemethode fiel ihm auf, dafs alle Epithelzellen, die viel Pigment haben, wenig gefärbte Protoplasmafäden aufweisen und umgekehrt; am Warzenhof, an der Vorhaut, dem Scrotum, dem Fufsballen einer jungen Katze läfst sich das zeigen. Ja, es ist sogar zu sehen, dafs das Pigment aus den Protoplasmafasern hervorgeht, die letzteren direkt in die Pigmentlinien übergehen; dabei ist der Raum der letzteren gröfser, als derjenige der ersteren, was auf eine rege Thätigkeit der Pigmentzelle deutet. Man mufs nun bei den Pigmentkörnern den Körper und den durch H_2O_2 entziehbaren Farbstoff unterscheiden. Dafs letzterer aus dem Blute stamme, ist nicht wahrscheinlich, da einerseits den zerfallenen Protoplasmafasern dann eine besondere elektive Färbung zukommen müfste, andererseits der geringe, im Blutserum gelöste Farbstoff mit der grofsen Menge von Pigment in Widerspruch steht. Wahrscheinlicher ist die Annahme, dafs das Zerfallsprodukt der Protoplasmafasern eine Farbveränderung annimmt. Dafür spricht auch, dafs, wie Verfasser aus Versuchen mit Argentum nitricum und Goldchlorid schliefst, die pigmentierte Zelle eine gröfsere Reduktionskraft hat, als die pigmentlose.

Was sind Chromatophoren? Dafs diejenigen im Bindegewebe fixe Bindegewebszellen sind, darüber sind alle einig, dagegen gehen die Meinungen auseinander über diejenigen des Epithels; beide Arten weichen im äufseren wesentlich voneinander ab. Ein Teil der Epithel-Chromatophoren sind nur Epithelzellen von sternförmiger Gestalt. Soweit sie aber lange Pigmentreste zeigen, sind diese hervorgegangen aus einer grofsen Zahl kleiner Pigmentsegmente, die verschiedenen Epithelzellen angehören.

Die Chromotophoren finden sich vorzugsweise an den Rändern pigmentierter Epidermisstellen; je weiter vom Rande entfernt, desto mehr trifft man das Pigment in den Epithelien, während die Chromatophoren immer mehr schwinden. Es erklärt sich das durch die Beweglichkeit des Pigments und den mit dem Wachstum der Epithelzelle eintretenden Verschiebungen, welche die durch Zerfall des Epithelfasernetzes entstandene Figur auseinanderreifst.

Was wird aus dem Pigment, das ja in den oberen Lagen des Epithels fehlt? Nach dem Verfasser soll dasselbe, wie es aus dem Protoplasmafasern entstanden, unter Entfärbung wieder zum Aufbau der letzteren verwendet werden. Dafs es wieder weggeschleppt würde oder diffundierte durch die immer fester werdende Zellmembran, ist nicht anzunehmen.

Verfasser wendet sich dann gleich Jarisch gegen die Einschleppungstheorie, gegen welche ja schon der Umstand spräche, daſs man oft im Epithel massenhaft Pigment findet, während dasselbe im Bindegewebe gar nicht oder nur in minimaler Menge zu finden ist. Der Befund von Chromatophoren, die auf der Grenze von Epithel und Bindegewebe liegen, sagt nichts, da die Grenze keine so scharfe ist, und die Epithelzellen, wie die bei ihnen allein gelingende Färbung der Protoplasmafasern beweist, oft im Bindegewebe liegen.

Bei den Langerhansschen Zellen, die für pigmentlose Chromatophoren gehalten werden, handelt es sich nur um Reduktion des zu ihrem Nachweise verwendeten Goldchlorids in verästelten Figuren, entsprechend dem Protoplasmafaserverlauf.

Die Schluſssätze der durch mikroskopische Abbildungen erläuterten Arbeit lauten:

1. Das Oberhautpigment entsteht aus den Protoplasmafasern der Epithelien.

2. Die Chromatophoren sind epitheliale, dem Faserverlauf der Epithelien entsprechende Figuren. Sie sind der Ausdruck der beginnenden Pigmentation.

3. Die Pigment-Einschleppungstheorie hat keine anatomischen Grundlagen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Absonderungsdruck der Schweiſsdrüsen und über das Firnissen der Haut, von Max Levy-Dorn. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. XXIII. 3 und 4.) Ludwig hat gezeigt, daſs die Speicheldrüse noch unter einem Drucke secerniert, der denjenigen in der Karotis weit übersteigt, also selbständige Arbeit leisten kann, was gegen die alte Filtrationstheorie spricht. Daſs die Verhältnisse bei den Schweiſsdrüsen ähnlich liegen, nahm man mehr aus dem Verhalten derselben gegen Atropin und bei Anämien an, ohne daſs es damit sicher bewiesen wäre. Einwände, die gegen die Sekretion auf Nervenreizung bei Anämie als selbständige Drüsenthätigkeit gemacht werden können, sind nur zu entkräften, wenn man nachweist, daſs auch bei Blutleere die abgesonderte Schweiſsmenge einen gröſseren Betrag ausmachen kann, als das Lumen der Knäueldrüsen zu fassen vermag. Verfasser berechnet nun für die Katzenpfote das Verhältnis der Volumina der einzelnen Tropfen und Drüsen zu $^1/_{28}$. Man müſste also mehr als 28 mal geringen Schweiſs erzeugen, ehe man gewiſs sein könnte, daſs die erhaltene Sekretmenge gröſser ist, als die Drüse zu gleicher Zeit zu fassen vermag. Nach einer anderen Berechnung wären dazu viermal starke Schweiſse notwendig. Die Prüfung, ob die bei Anämie durch faradische Nervenreizung erhaltenen Schweiſsmengen die geforderte Höhe erreichen, ergab ein negatives Resultat, da es an konstringierten Pfoten nur gelang, einmal starken Schweiſs zu erzeugen. Um nun aber doch zu entscheiden, ob es sich bei Schweiſsabsonderung um Filtration handelt, oder nicht, suchte Verfasser die Verhältnisse des Absonderungsdruckes zum Blutdrucke zu bestimmen. Zu diesem Zwecke wurde die Hinterpfote einer Katze in einen entsprechenden Lampencylinder gesteckt und luftdicht befestigt; auf der anderen Seite wurde ein von einem Schenkel eines T-Rohres durchbohrter Gummipfropf hineingepreſst. Von den beiden freien Enden führte eines zu dem druckerzeugenden Gummiballe, das andere zu einem Quecksilbermanometer. Wegen der weiteren Versuchsanordnung auf das Original verweisend, gebe ich hier die Schlüsse des Verfassers:

1. Die Schweiſsabsonderung vermag einen bedeutend höheren Druck zu überwinden, als derjenige in den groſsen Blutgefäſsen beträgt.

2. Die bei hohem Druck abgeschiedenen Schweiſsmengen können nicht allein auf Ausstoſsung schon vorgebildeten Sekretes zurückgeführt werden.

3. Ein recht erheblicher einseitiger Druck vermag nicht das Blut aus den tieferen Hautschichten zu verdrängen.

4. Es ist nach diesen Versuchen für die Schweiſssekretion mit derselben

Sicherheit, wie für die Speichelsekretion, erwiesen, daſs sie nicht lediglich auf Filtration von Blutflüssigkeit durch die Kapillaren beruhen kann.

Diese Ergebnisse wurden bestätigt durch Luftverdünnung in derselben Versuchsanordnung; wenn diese Versuche auch noch nicht abgeschlossen sind, läſst sich doch schon so viel sagen, daſs selbst, wenn die Knäueldrüsen durch verdünnte Luft gleichsam ausgesogen werden, kein Schwitzen ohne anderweitige Erregung eintritt.

Der Absonderungsdruck der Schweiſsdrüsen ist für die Hautreinigung von Bedeutung und schützt die Drüse selbst, die ja Entzündungen und Cysten im Gegensatz zu den Talgdrüsen nur selten zeigen. Firniſst man die Pfoten mit Teer, Kollodium, Fetten, so durchdringt das Sekret den Firniſs, wie Verfasser durch Versuche nachwies. Er beabsichtigt, dieselben noch auszudehnen.

Der Unterschied in den Erscheinungen nach Firnissen der Haut bei Menschen und Tieren ist nach Verfasser nur ein scheinbarer. Senator bezeichnete das Firnissen der Haut beim Menschen als unschädlich, jedoch liegt das hauptsächlich daran, daſs der bekleidete Mensch nicht so leicht übergroſse Abkühlung erleidet, die ja bei Tieren nach Laschkewitsch die Todesursache ist, und auch seine Temperatur besser regulieren kann. Auch Kaninchen kann man nach dem Firnissen am Leben erhalten, wenn man sie vor Abkühlung schützt.

Die wesentlichen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind:

1. Vergleicht man die Schweiſsmengen mit dem Lumen der Knäueldrüsen unter Berücksichtigung der Unbeständigkeit der Vergleichsobjekte, so muſs man mindestens 28 mal geringen, oder viermal starken Schweiſs erzeugen, um zu beweisen, daſs die Schweiſsdrüse mehr Sekret liefert, als sie mit einem Male zu fassen vermag.

2. Anämische Drüsen können diese Schweiſsmengen nicht aufbringen; ihre Sekretionsfähigkeit ist also so nicht zu beweisen.

3. Werden die Gefäſse abwechselnd ein- und ausgeschaltet, und addiert man die im blutleeren Zustande erhaltenen Schweiſsmengen, so wird die Summe so groſs, wie man es verlangt, aber der Einwand postanämischer Schweiſssekretion läſst sich erheben.

4. Die Schweiſssekretion ist im stande, bedeutend höheren Druck zu überwinden, als in den groſsen Blutgefäſsen herrscht.

5. Bei hohem Druck ausgeschiedene Schweiſsmengen können nicht allein auf Ausstoſsung vorgebildeter Sekrete zurückgeführt werden.

6. Es ist also bewiesen, daſs die Schweiſssekretion nicht nur durch Filtration zu erklären ist.

7. Bei ziemlich hohem einseitigen Druck wird das Blut aus den tieferen Hautschichten trotz Blässe der oberflächlichen Teile nicht verdrängt.

8. Verdünnte Luft ohne anderweitige Erregung erleichtert die Schweiſssekretion, erregt sie aber nicht.

9. Der Absonderungsdruck der Schweiſsdrüsen ist für die Säuberung der Haut nicht gering anzuschlagen.

10. Einen wesentlichen Unterschied zwischen dem Verhalten von Menschen und Tieren nach Firnissen ihrer Haut anzunehmen, ist man nicht berechtigt.

11. Daſs die Abkühlung des Körpers die einzige Schädlichkeit nach Firnissen der Haut ist, ist noch nicht genügend bewiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wie wirkt das Firnissen der Haut bei Menschen? Von H. Senator. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 24. S. 184.) In Beantwortung eines von Levy Dorn in der Physiologischen Gesellschaft in Berlin über dieses Thema gehaltenen Vortrages hält S. an seiner schon vor 17 Jahren auf Grund mehrerer am Menschen angestellter Versuche ausgesprochenen Behauptung: das Firnissen der Haut sei kein tödlicher und auch krankmachender Eingriff, vorausgesetzt, daſs Abkühlung (durch Lagerung im

Bett) vermieden werde, fest. (D. h. bei kurzer Dauer des Firnissens; bei tage- bis wochenlanger Dauer dürfte das Resultat wohl etwas anders ausfallen! D. Ref.)

Heuſs-Zürich.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Resorption der Salicylsäure durch die Haut und die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus, von Prof. Dr. Bourget in Lausanne. (*Therap. Monatsh.* 1893. Heft 11.) Verfasser behandelt seit 2½ Jahren sämtliche ihm überwiesene Patienten, welche an akutem, leichtem oder chronischem Rheumatismus, an Ischias oder Lumbago litten, mit Verbänden und Massagen der Salicylsäuresalbe. Seine Schluſsfolgerungen aus den Beobachtungen sind folgende:

Die Salicylsäure wird rasch und intensiv durch die Haut absorbiert. Die Haut junger Individuen ist absorbierungsfähiger, als die älterer, und die Haut Blonder ist durchgängiger, als die von Individuen mit schwarzem Haar. Die Geschwindigkeit und Stärke dieser Hautresorption hängt von dem Vehikel ab. Mittelst der fetten Körper allein ist die Haut in hohem Maſse aufsaugungsfähig, während bei Anwendung von Vaselin oder Glycerin die Resorption nicht stattfindet oder nur sehr schwach ist. Die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus mit einer aus Salicylsäure und Terpentin bestehenden Salbe ist sehr zu empfehlen. In den anderen Fällen von Rheumatismus ist sie weniger wirksam; sie kann jedoch hier in Verbindung mit Massage als Unterstützungsmittel dienen. In Fällen von blennorrhagischem Rheumatismus ist sie ohne alle Wirkung.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Verbreitungsart subkutan beigebrachter, mit den Gewebssäften nicht mischbarer Flüssigkeiten im tierischen Organismus, von Emil Jückuff. (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharm.* Leipzig. 1893.) Verfasser prüfte in einer Reihe von Versuchen die Wege, die subkutan einverleibte Paraffine und metallisches Quecksilber im Organismus zurücklegen. Um Legierungen zu haben, die beim lebenden Warmblüter flüssig sind, nach dem Tode starr werden, benutzte er ein Quecksilber-Amalgam des Woodschen Metalles und passende Gemenge von Paraffinum solidum mit Paraffinum liquidum oder Petroleumäther. Zum Färben der Injektionsmasse erwies sich am geeignetsten Chlorophyll, das aus ihr nicht in die Körpersäfte überging. Auſserdem war es zweckmäſsig für die mikroskopische Untersuchung, die Legierung von Petroleumäther und Paraffinum solidum vorher mit 2% Osmiumsäure zu behandeln, dadurch entstand eine in dünnen Schichten rauchgraue, in dicken schwarze Färbung. Die näheren Angaben über die Versuchsanordnung sind im Original nachzulesen.

Ergebnisse: Bei Meerschweinchen war fast stets nach der Injektion eine Ansammlung der injicierten Massen im Peritonealsack vorhanden; ebenso verhielt es sich mit der Metalllegierung. Aber auch in den anderen Körperhöhlen, in der Pleurahöhle und im Subduralraum war derselbe Befund zu machen. Der Weg, auf dem diese Verbindung zwischen dem Unterhautzellgewebe und den serösen Höhlen entsteht, ist gegeben durch das Bindegewebe; in diesem verbreiten sich die Körper ohne jede Vermittelung der eigentlichen Lymphgefäſse. In die Lymphdrüsen gelangen die injicierten Massen erst lange Zeit nach der Injektion und sind da erst bei lange ausgedehnten Versuchen zu finden. Es besteht also ein fundamentaler Unterschied zwischen dem Verhalten öliger und metallischer Substanzen und von wässerigen Aufschwemmungen fester Partikelchen, wie Zinnober, die man ja sehr bald in den Lymphwegen findet. Die Differenz erklärt Verfasser in folgender Weise: Die Aufnahme in die Lymphgefäſse geschieht durch Aufsaugung, wie bei einem Filter;

Begründung für diese ist die Benetzung und Imbibierung mit der betreffenden Masse, d. h. durch gegenseitige Kapillarattraktion, wobei noch osmotische und Quellungsvorgänge mitwirken. Die fettigen und metallischen Körper aber setzen auch Kapillarkräfte in Thätigkeit, aber in entgegengesetztem, der Resorption feindlichem Sinne.

Wie der Verfasser dann die eintretenden Wucherungsvorgänge im Bingegewebe zur weiteren Aufklärung heranzieht, wie er die schnelle Aufnahme von in diesen fettigen Substanzen gelösten Giften in den Organismus trotz mangelhafter Resorption erklärt, wie er des weiteren das Verhältnis des Hohlraumsystems im Bindegewebe zu den Lymphgefäfsen erklärt, soll hier nicht weiter ausgeführt werden. Es seien nur noch die Schlüsse wiedergegeben:

1. Subkutan injiciertes Paraffin oder Quecksilber verbreitet sich diffus in den Spalträumen des Bindegewebes und gelangt durch dieselben mit Umgehung der Lymphgefäfse in die Körperhöhlen (Bauch-, Brust-, Schädel-, Knochenhöhlen etc.). Erst nach Monaten findet teilweise auch ein Übergang in die Lymphbahnen statt.

2. Als treibende Kräfte bei dieser Verbreitung sind in wechselndem Mafse den Umständen nach beteiligt:

Wachstumsvorgänge im Bindegewebe, Schwere, Muskelthätigkeit (Massage), während den Leukocyten dabei nur eine ganz untergeordnete Rolle zugesprochen werden kann.

3. Die negative Kapillarität des Paraffins u. s. w. verhindert, dafs dasselbe aus den dehnbaren und verschieblichen serösen Spalträumen des Bindegewebes in die strafferen, mit Wandung versehenen Lymphstämme eintritt, zumal die Einmündungsstellen in diese verengt und zum Teil mit Klappen versehen sind, denn

4. wahrscheinlich sind die serösen Bindegewebsspalten identisch mit Teichmanns Saugaderzellen und Kapillaren.

Die interessante Arbeit sei zur Lektüre dringend empfohlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Hydrotherapie bei Dermatoneurosen, von Beni-Barde. (*Presse méd. belge.* 1893. No. 36.) Verfasser bespricht deren Anwendung speziell beim Lichen planus. Sie besteht in lauwarmen Duschen von 35° C., welche aus siebförmig durchlöcherten weiten Gefäfsen in kräftigem Strahle appliciert werden. Die Dauer einer solchen Dusche beträgt 3—6 Minuten. Nach derselben wird der Patient nicht abgerieben, sondern leicht abgetrocknet. Bei sehr empfindlichen Patienten oder für Körperregionen, die von der Dusche nicht erreicht werden können, tritt an Stelle der letzteren das Sitzbad in fliefsendem Wasser, die Perineal- und Hämorrhoidaldusche, welche sehr günstig auf den Analpruritus wirken. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

In der „Société d'Électrothérapie“ berichtete:

1. Oudin über die auffallend günstige **Wirkung elektrischer Ströme von hoher Frequenz in der Dermatologie,** Drei hartnäckige Fälle von Ekzem und Psoriasis heilten unter dieser Behandlung sehr rasch.

Debedat über die **Behandlung der Warzen mit Elektrolyse;** angewendet wurde ausschliefslich die monopolare Methode mit der Kathode als aktiver Elektrode, welche durch die Warze gesteckt wird. Gebilde mit breiter Basis erfordern stärkere Ströme, als gestielte, indem das Maximum der elektrochemischen Wirkung am Stiele stattfindet. (*Progrès méd.* 1893. No. 32.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Heilung grofser Haut- und Weichteildefekte der Extremitäten mit gestielten Hautlappen aus entfernten Körperregionen, von v. Bramann. (XXII. Kongrefs der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 12.—15. April 1893.) An Stellen, die bei der Funktion gröfseren Insulten ausgesetzt sind (Handteller, Fufssohle, Knochenkanten)

genügen die Thierschschen Transplantationen nicht zur Deckung von Defekten. Ebenso sind sie da nicht hinreichend, wo eine Narbenkontraktur verhütet werden soll (Gelenke), und wo für die Anheilung ungünstige Bedingungen sind (freiliegende Sehnenwunden). In all solchen Fällen sind gestielte Hautlappen zu verwenden. Über fünf Fälle berichtet der Vortragende. Für die obere Extremität wurde die Brusthaut, für die untere die Wadenhaut des anderen Beines benutzt. Die Hälfte des Stieles wurde nach 8, die andere nach 14 Tagen durchtrennt. Die Resultate sind sehr günstig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Allgemeine Betrachtungen über die Behandlung der Dermatosen, von Lailler. (*Gaz. d. Hôpitaux.* 1893. No. 107.) Die Zeilen bilden die Einleitung zu einem Handbuch der Dermatologie, das der inzwischen verstorbene Autor zu publicieren beabsichtigt hatte. Obwohl, als Franzose von der festen Überzeugung, daſs die Dermatosen fast stets die Manifestation eines Allgemeinzustandes darstellen, eifert er andererseits gegen die seinerzeit so exklusivistischen Richtungen der deutschen und der französischen Schule und schlägt einen weisen Mittelweg ein, indem er sowohl der allgemeinen als der lokalen Therapie das Wort redet. Ganz besonderen Wert legt er auf die Hygiene und Prophylaxis, zumal auf die Reinlichkeit bereits im gesunden Zustande (Waschungen, Bäder etc.). Die Verdauung soll vorsichtig überwacht und bei Hautaffektionen der Genuſs gewisser (ptomainogener) Speisen gänzlich untersagt werden. Was die Ansicht von sog. Metastasen, d. h. Übertragung von Dermatosen auf innere Organe anlangt, so hält er solche für irrtümlich. Nichtsdestoweniger glaubt er an ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis zwischen inneren Affektionen einerseits und Dermatosen andererseits (Asthma und Ekzem). Ein solches Verhältnis muſs durch vorsichtige Behandlung erst genau festgestellt werden. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Über Haarpflege, von Max Joseph. (*Fortschr. d. Krankenpflege.* 1893. No. 10.) Verfasser hält sich bei seiner Besprechung lediglich an diejenigen Fälle, in denen bei gesunden Menschen, meistens Männern, mit von Jugend an stark entwickeltem Kopfhaar sich in der Mitte der zwanziger Jahre, an Stirn und Scheitel beginnend, sich eine fortschreitende Kahlheit ausbildet. Oft mag Heredität, Nervosität, beengende Kopfbedeckung die Ursache sein; was könnte man aber thun, um dem Haarverluste vorzubeugen? Das öftere Schneiden und Kurztragen der Haare verwirft Seeger; dieselben sollen mindestens so lang sein, daſs ihre Enden unter der Kopfbedeckung hervorgucken. Eine wöchentliche Reinigung des Kopfes mit Wasser und Seife kann nur nützlich sein; zu häufiges Waschen ist nicht ratsam. Bei fettarmen Haaren sind Haaröle und Haarpomaden zu empfehlen, denen Perubalsam, Kantharidentinktur, Tannin, aromatische Substanzen etc. zugesetzt werden können. Als Formeln sind zu empfehlen:

Axung. porc. recenter		*Ol. Ricin.*	50,0
par. Sebi ovil.	āā 60,0	*Tinct. Cantharid.*	
Ol. amygd. dulc.	8,0	*Ol. Jasmin*	āā 5,0
Bals. Peruvian.	4,0	(Eichhoff)	
Tinct. Benzoes	2,0	*Tannin*	1,0—5,0
(Debray).		*Spirit. q. s*	
		Ol. amygd.	ad. 50,0
		(Paschkis).	

Bei starker Schinnbildung ist erstens zu reinigen, zweitens die Produktion herabzusetzen. Die Seborrhoe führt zur Alopecie, wahrscheinlich durch gleichzeitige Hyperkeratinierung, die sich schlieſslich auf die Haarwurzelscheiden fortsetzt. In frühen Stadien ist der Prozeſs noch heilbar. Zur Entfernung der angesammelten Talg- und Epidermismassen benutzt man Alkalien, Seifen, Alkokol. Von Alkalien ist das

Natr. bicarbon. (1—2%) und Borax (5%) zu Waschungen verwendbar, den anderen Tag wird eine Salbe von Natr. bicarbon. 1,0, Ung. emoll. 5,0 eingerieben. Von Seifen ist die BUZZIsche flüssige Resorcinseife praktisch, ebenso der HEBRAsche Seifenspiritus, Karbolspiritus.

Acid. carbol.	0,15	*Acid. carbol.*	
Spiritus	100,0	*Bals. Peruvian.*	
Glycerin	15,0	*Spirit. lavend.*	ää 5,0
(KAPOSI)		*Spirit. vin. gall.*	300,0
		(NEUMANN).	

Als Haarwuchsmittel spielt dann das Chinin als Waschwasser, als Spiritus (Tinct. Chin. 20,0, Ol. Sabini gtt. X, Spirit. vin. gall. 40,0) als Seife, das Pilokarpin eine Rolle. Wichtiger ist der Schwefel als 10%ige Salbe, nach gründlicher Reinigung in die nach verschiedenen Richtungen gescheitelte Kopfhaut mittelst Borstenpinsels einzureiben. Es wird jeden Tag 1/4 des Kopfes eingerieben und stets nach vier Tagen gründlich gewaschen; nach vier Wochen wird 14 Tage nur

Chloralhydrat	10,0
Glycerin	20,0
Aq. destill. q. s.	ad 100,0

aufgegossen. Lange, methodische Anwendung ist natürlich notwendig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über die Wirkung der Wärme bei Trichophytie, von NOIR. (*Presse méd. belge.* 1893. No. 37.) Verfasser hatte beobachtet, wie bei einem Patienten, der an Pneumonie mit heftigem Fieber erkrankt war, eine seit langer Zeit bestehende Trichophytie des Kopfes sich bedeutend besserte. Er versuchte nun bei weiteren Trichophytie-Patienten den Heilungsprozeſs durch lokale Wärmeapplikation nachzuahmen. Dies geschah mit bestem Erfolge mittelst 0,5‰igen Sublimatkompressen von 50° C., welche täglich, nach Kurzscheren der Haare und Abwaschen der Kopfhaut mit grüner Seife, aufgetragen und mit Impermeabel bedeckt wurden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Einspritzungen von Hodenextrakt bei der Trichophytiasis, von AUGAGNEUR-Lyon. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 353.) Von der Thatsache ausgehend, daſs der Herpes tonsurans bei Kindern äuſserst hartnäckig sei, dagegen im Pubertätsalter von selbst verschwindet, hat A. angenommen, daſs durch die Entwickelung der Geschlechtsorgane eine Veränderung der Gewebe bewirkt wurde. Diese Veränderung hoffte er auch durch Einspritzungen von Hodenextrakt zu erreichen. Die Ergebnisse waren sowohl in Bezug auf den Herpes tonsurans wie das Allgemeinbefinden befriedigend. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von Herpes tonsurans capitis, welcher Alopecia areata vortäuschte, von H. H. WHITEHOUSE. (*Journ. of cut. et gen.-ur. dis.* Oktober 1893.) Der siebenjährige Knabe zeigte auf dem Scheitel eine einzelne, rundliche, kahle Stelle von etwa zwei Zoll Durchmesser, welche sämtliche klinische Charakteristica der Alopecia areata aufwies. Die Diagnose auf Tinea tonsurans wurde aber mit Sicherheit gestellt, einmal durch den vorherigen Verlauf der Affektion, dann durch den bakteriologischen Befund und durch das Vorhandensein mehrerer anderer Fälle von Herpes tonsurans im selben Hause. Verfasser meint, daſs bei manchen Fällen

von sogenannter „parasitärer“ Area Celsi es sich thatsächlich um Herpes tonsurans gehandelt haben dürfte. *Philippi-Nieheim.*

Beitrag zum Studium der Trichophytiasis humana, von R. Sabouraud (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 814.) Es ist dies die dritte Abhandlung Sabourauds über den nämlichen Gegenstand. In den früheren Arbeiten, deren Inhalt den Lesern der Monatshefte aus den Pariser Briefen bekannt sein dürfte, hatte Sabouraud nachgewiesen, dafs es zwei Arten von Trichophyton, einen grofssporigen und einen kleinsporigen gäbe. Die erstere Art zerfällt nun wieder in zwei gesonderte Familien. Wir haben zu unterscheiden das Megalotrichophyton der Tiere und das des Menschen. Während nun das letztere ausschliefslich auf das Haar selber beschränkt bleibt, nistet das grofssporige Trichophyton der Tiere auch noch im Epidermisbelag des Haarfollikels und dringt häufig sogar in die benachbarte Cutis ein.

Bei dem Megalotrichophyton humanum unterscheidet Sabouraud nun noch wieder zwei Gruppen, bei dem M. animale sogar drei Gruppen.

Das grofssporige Trichophyton der Tiere ist aber auch auf den Menschen übertragbar, und zwar ist nach Sabourauds Berechnung in 100 Fällen von Herpes tonsurans der Kinder das Trichophyton 5—6 mal tierischen Ursprungs; ebenso sind 30% der Fälle von Trichophytiasis der unbehaarten Haut auf tierische Ansteckung zurückzuführen, und 17 von Sabouraud beobachtete Fälle von Sykosis wiesen alle das Trichophyton animale auf.

Diese 17 Fälle von Trichophytiasis des Bartes liefsen sich klinisch in drei Gruppen sondern; jeder Gruppe entsprach ein bestimmtes Trichophyton; für die erste derselben konnte Sabouraud die Herkunft vom Pferde direkt nachweisen, für die zweite hält er eine Abstammung vom Kalbe, für die dritte eine solche vom Vogel für wahrscheinlich.

Danach kommt Sabouraud zu dem Schlufs, dafs die Trichophytiasis des Bartes höchstwahrscheinlich nur durch Impfung mit dem Trichophyton animale zu stande komme und dafs die alte Ansicht, die zwischen dem Herpes tonsurans und der Mentagra parasitaria unterschied, wohlberechtigt sei. *Türkheim-Hamburg.*

Der „Tokelau“ und dessen Parasit. Der Marinearzt Bonnafy beschreibt (*Bulletin méd.* 1893. No. 71.) eine in Polynesien unter dieser Bezeichnung bekannte parasitäre Hautaffektion. Dieselbe präsentiert sich als kleine, glänzende, blättrige Scheiben welche alle Stellen der Hautoberfläche mit Ausnahme des Kopfes und der Handteller befallen können und heftiges Jucken verursachen. Sich selbst überlassen, dauert die Affektion unbegrenzt fort, während passende Behandlung die radikale Heilung herbeiführen kann. Ihr Verbreitungsbezirk befindet sich ausschliefslich in einer Zone einerseits zwischen 20° nördlicher und 20° südlicher Breite, andererseits zwischen 90° und 165° westlicher Länge. Unter dem Mikroskop läfst sich (bei starker Vergröfserung) ein Mycel nachweisen, das fest der inneren Fläche der Schuppen anhaftet und in der oberflächlichen Epidermis vom Zentrum nach der Peripherie vegetiert. Kulturversuche fielen negativ aus; mit Trichophyton hat es nichts gemein. Auf Samoa wird die Affektion mit Chrysarobin und Schwefelfumigationen behandelt. Bonnafy zieht jedoch vor: warme Bäder mit Schmierseifeneinreibungen, Abreiben der Haut mit Bimsstein, darauf ein Sublimatbad. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Kasuistische Mitteilungen über Pemphigus, von Langfeld. (*Der Ärztl. Prakt.* 1893. No. 47.) Verfasser führt vier Fälle an, in denen Pemphigusblasen sich entwickelten, angeblich nach Insektenstich. Das Leiden war sehr hartnäckig und betrug stets über zwei Monate. Als bei dem einen der Patienten, als er von einer Bremse gestochen war, sich die Affektion wiederholte, spaltete Verfasser die Blasen, liefs vier

Sublimatbäder nehmen und ein Streupulver aus Resorcin, Zinkoxyd, Wismuth, Talcum aufstreuen, worauf nach wenigen Tagen Heilung eintrat. (Ob die Affektion als Pemphigus zu bezeichnen ist, scheint mir doch sehr fraglich. Jedenfalls ist sie kein Pemphigus foliaceus, wie Verfasser meint. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Pemphigus neonatorum von KLAMANN-Luckenwalde. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1893. No. 38.) Sechs Tage alt, bekam ein gesundes Kind gesunder Eltern an der rechten Lende und am rechten Unterschenkel Bläschen, die sich schnell vergröfserten und zu einer Abstofsung der Epidermis auf weite Strecken führten. Im Blaseninhalt fand Verfasser Kokken und Leukocyten, teils frei, teils in Zellen eingeschlossen. Auf Nährgelatine entstanden Kolonien wie bei Staphylococcus albus. Die Affektion breitete sich immer mehr aus; Tod am 17. Lebenstage. Einige Tage darauf bekam die Mutter am Daumen, an der linken Wange, über dem rechten Auge Bläschen mit demselben Inhalt. Dafs die gefundenen Kokken eine ätiologische Bedeutung haben, dafür spricht auch folgender Fall, den Verfasser früher beobachtet hat. Ein neugeborenes Kind litt stark an Pemphigus; sein 1½jähriger Bruder gleichzeitig an Pneumonie. An letztere schlofs sich ein Pemphigus-Ausschlag am Thorax; in den Blasen fand sich Staphylococcus aureus. Creolinöl hatte hier Erfolg.

Ähnliche Übertragungen sieht man bei subepithelialen Hauteiterungen, die der Volksmund „Frefsblase" nennt; auch sie enthalten pyogene Kokken. Das beste Mittel gegen diese Kokkeninfektionen ist Pyoktanin; jedoch mufs eine Entfernung der abgehobenen Epidermis vorausgehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Alopecie, von CONDICT W. CUTLER. (*New York med. Journ.* 3. Juni 1893.) Die Bezeichnung Alopecie ist eine allgemeine und bedeutet eher ein Sympton als eine Krankheit. Von den verschiedenen Varietäten soll nur die von der Seborrhoe herrührende besprochen werden. Um zu verstehen, wie Seborrhoe zur Alocepie führt, mufs man auf die anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen Haarfollike und Talgdrüsen zurückkommen. Die Sekrete der Drüsen werden durch die Haar follikel entleert und liefern das Nährmaterial für das wachsende Haar (? d. Ref.), anhaltende Störungen in der Funktion der Drüsen alterieren das Wachstum der Haare. Von den verschiedenen Formen der Seborrhoe hat die als Alopecia furfuracea oder Eccema seborrhoicum, Alopecia pityrodes, Kopfgrind bezeichnete die gröfste Bedeutung. Das Leiden beginnt mit einer fettigen Degeneration der Drüsenzellen, die sich dann bis auf die Haarfollikel erstreckt und zur Alopecie der Haarzwiebel führt. In letzter Zeit wird diese Alopecia furfuracea vielfach (LASSAR, BISHOP) als kontagiöse Krankheit aufgefafst. — Die Krankheit beginnt im 15.—25. Jahre mit Schuppenbildung, die allmählich zunimmt; Occiput und Seiten des Kopfes bleiben meistens verschont; Jucken ist oft vorhanden. Mit der Zeit tritt dann ein immer zunehmender Haarausfall ein. — Von Medikamenten war früher Bärenfett viel im Gebrauch, das auch bei Kindern gut wirkt. Kaltes Wasser, irritierende Mittel (Tinct. Cantharidum, Alkohol) schaden, sie reizen und entfetten die Haut zu sehr. Im Beginn soll man alle 10—14 Tage den Kopf mit drei Eidottern in Kalkwasser frottieren, dann mit heifser Boraxlösung waschen, sorgfältig abtrocknen und dann einreiben mit:

Pilocarp. hydrochlor.	1,0
Vaselin	10,0
Lanolin	30,0
Ol. Lavandulae gtt. XV.	

Gründliches Bürsten ist ein genügendes Stimulans. Ist das Leiden schon vorgeschritten, so wird alle 5—8 Tage mit Spirit. sapon. kal. gewaschen, getrocknet und folgende Lösung zweimal täglich eingerieben:

Hydrarg. bichlor. corros.	0,2
Resorcin	3,0
Aq. dest.	100,0.

Die Energie der Behandlung nimmt mit fortschreitender Besserung ab. Dieselbe mufs aber wenigstens ½ Jahr fortgesetzt werden.

Zur Anregung des Haarwuchses ist nur Pilokarpin brauchbar. Äufsere Stimulantia dürfen erst nach Beseitigung der Seborrhoe angewendet werden; dazu eignet sich:

Tinct. Cantharid.	
Tinct. Capsic.	
Tinct. nuc. vomic.	
Ol. Ricin.	
Aq. Coloniens	āā 20,0
Spirit. sacchar.	ad 160,0.

Als ultimum refugium bleibt noch die Perrücke. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Günstige Wirkung des Creolins gegen Ekzeme, von Klamann-Luckenwalde. (Ibidem.) Beim hartnäckigen Ekzem, so bei dem am Kopfe alter Leute vorkommenden, ist Creolin 1—2% mit Klauenfett oder Olivenöl von bester Wirkung; stärkere Mischungen sind zu vermeiden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *der Cutis.*

Eine Notiz über die Behandlung akuter Abscesse, von J. Aikmann. (*Glasgow med. Journ.* 1893. No. 6.) Verfasser empfiehlt auch für akute Abscesse das von Barker empfohlene Verfahren: Tiefe Incision, Auskratzen, Spalten, Naht. Bei einem Mammaabscefs erzielt er dadurch schnelle Heilung. Der Schnitt mufs tief sein, um die durch Serum überfüllte Umgebung zu entleeren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vermeidung von Narben bei Cervikalabscessen, von F. M. Briggs-Boston. (*Bost. med. and surg. Journ.* 1893. No. 2. S. 128.) Um Narben zu vermeiden, soll man bei Abscessen am Halse nur einen ganz kleinen Einschnitt machen, mit kleiner Curette ausschaben, mit Creolin ausspülen und verbinden. Die Curettierung wird täglich wiederholt, wenn etwaige Drüsenreste zu entfernen sind. Durch drei Fälle illustriert Verfasser diese Vorschläge. (Ich glaube, dafs in der alltäglichen Praxis meistens diese kleinen Incisionen gemacht werden; dann wird ein dünnes Drain eingeschoben, event. nachdem Jodoform als Stäbchen in die Höhle gebracht ist; die Heilung erfolgt schnell. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Leloir schlägt folgende **Behandlung des Furunkels** vor:

1. Zerstäubungen mit Karbolsäurelösung während ¼—½ Stunde.
2. Abtrocknen der so behandelten Hautpartie mit Watte und Befeuchten mit Salol-Alkohol oder Jodoform-Äther.
3. Auflegen eines Quecksilberpflasters aus:

Hg und Terpentin	āā 20
Emplastr. diachyl.	50
Extr. belladonnae	
Resina	āā 10
Acid. salicyl.	6

Nach 12—24 Stunden wird das Pflaster entfernt, der Furunkel event. mit dem Thermokauter eröffnet und mit Jod oder Jodoform-Äther behandelt, die Höhle mit Salol oder Jodoform ausgefüllt. (Nach *Rif. med.* 1893. No. 264.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Paraffin-Folliculitis, von Leslie Roberts. (*Liverpool med. chir. Journ.* Juli 1893.) Der Patient mit dieser Krankheit ist ein Junge von J. M. S. „Clarence“; seine tägliche

Beschäftigung bestand im Putzen von Paraffinlampen. Die Krankheit ist direkt mit seiner Beschäftigung verbunden: es ist ein Gewerbeausschlag, durch die reizende Wirkung des Paraffinöls hervorgerufen. Sein Kollege im Lampenraume litt an derselben Affektion, während alle anderen Jungen vollkommen gesund waren. Als ich ihn in Gegenwart von Kapitän und Arzt sah, erklärte ich zu ihrer Überraschung sofort die Eruption als mit dem Paraffin zusammenhängend. Die Jungen rieben ihre öligen Hände an dem blauen Zeuge ihrer Hosenböden und den Armen ihrer Jacken ab, und diese wurden mit der Zeit vom Öle durchtränkt; diese ölgetränkten Hosen und Ärmel rufen den Ausschlag hervor, der genau auf die von ihnen bedeckten Hautstellen beschränkt ist. Die Behandlung solcher Fälle ist sehr einfach: Tragen eines besonderen Schutzkleides während des Lampenputzens, das nacher abgezogen wird; Applikation einer stark reizenden Salbe und tägliche heiſse Waschung, um die vorhandene Affektion zu beseitigen.

Beschreibung: Die Krankheit ist eine Folliculitis mit Ausgang in Perifolliculitis. Im Anfangsstadium erscheint der Haarfollikel prominenter, als gewöhnlich, ähnlich wie bei Cutis anserina. Im Zentrum jeder kleinen Erhöhung ist ein Haar, oder häufiger ein schwarzes Pfröpfchen. Dies Pfröpfchen besteht aus Schmutz, gemischt mit Öl, und verstopft die Mündung des Follikels. Im nächsten Stadium entzündet sich der verstopfte Follikel und bildet dann eine violett-bräunliche Papel von der Gröſse eines Stecknadelkopfes.

Wenn die Reizung nun aufhört, vertrocknet die Papel, und die Öffnung des Follikels erscheint halsbandartig, umgeben von einer Schuppe oder Kruste. Besteht die Reizung weiter, wie in diesem Falle, so breitet sich die Entzündung um den Follikel aus (Perifolliculitis). Die Papel wächst zur Erbsengröſse, fühlt sich fest und derb an und sieht dunkelrot aus. Gewöhnlich besteht Pruritus, ist aber verschieden an Intensität.

Die Pathologie ist die der Folliculitis und Perifolliculitis. Leloir hat ähnliche Fälle beschrieben (*Ann. de derm. et de syph.* 25. September 1889), die er unter den Arbeitern der Spinnereien von Lille sah. Im Norden Frankreichs arbeiten 90% der mit dieser Krankheit Behafteten in Spinnereien. Nach der Mitteilung eines Sachverständigen, dessen Meinung Leloir befragte, werden dort zum Schmieren der Maschinen in den Baumwollen-, Wollen- und Flachspinnereien die schweren Mineralöle der französischen Kohle benutzt, ferner amerikanisches Petroleum, russisches Naphtal und schottisches „boghead"; die russischen und meist auch die amerikanischen Öle werden rein benutzt, die französischen und schottischen werden gewöhnlich mit vegetabilischem, hauptsächlich Oliven- und Kokosöl gemischt, im Verhältnis von 10 bis 50%.

Die Diagnose ist leicht durch die künstliche Verteilung, die Art der Verbreitung, die Ätiologie und die charakteristischen Knötchen und Papeln. Dies genügt vollkommen, um die Krankheit von Scabies, Prurigo oder Knötchensyphiliden zu unterscheiden. *F. Hahn-Bremen.*

Erythema gangraenosum, von Leslie Roberts. Eine höchst eigenartige Affektion saſs am linken Handgelenk eines sonst vollkommen gesunden, 18 Jahre alten Dienstmädchens. Das untere Drittel des linken Vorderarmes leicht geschwollen, von dunkelroter Farbe. Im Zentrum dieser Verfärbung ist ein halbmondförmiger gangränöser Fleck; nekrotische grünliche Epidermis löst sich in Fetzen ab. Um dies ulcerierte Zentrum finden sich einige kleine rote Knötchen, die zu vereitern beginnen. Nach ihrer Erzählung wachte sie in der Nacht mit brennenden Schmerzen im Handgelenke auf; am nächsten Tage zeigte sich ein grüner Fleck, der sich rapide zu seiner jetzigen Gestalt vergröſserte. Das Ding sieht so aus, als ob irgend ein Ätz-

mittel appliciert sei, aber wir können keinen Beweis dafür finden; die Verletzung trägt nicht die Kennzeichen irgend eines der gebräuchlichen Ätzmittel, wie Salpeter- oder Karbolsäure. Auch kann man kein Motiv für eine solche Handlung finden, denn die Patientin mag nicht gern im Hospital sein, sie will lieber heraus. Als ich sie zuerst sah, war sie auf Dr. PAULS Abteilung für Weiber in der „Royal Infirmary". Sie war da unter seiner Behandlung, und seiner Freundlichkeit verdanke ich den Fall. Wir glauben, dafs es sich um einen Fall von Erythema gangraenosum bei einem hysterischen jungen Mädchen handelt. *F. Hahn-Bremen.*

Die Acne pilaris, nach BAZIN, oder **Acne varioliformis,** von HEBRA, wird meistens als eine durch Vereiterung der Haar-Talgfollikel und deren Umgebung entstehende pustulöse Affektion aufgefafst. Jedoch findet man nie eine Pustel; unter gelber Kruste findet man ein fein granulierendes Geschwür, das wenig Exsudat absondert. Nicht immer befindet sich im Zentrum ein Haar; auch sind die narbigen Stellen ebensoreich an Haaren, wie die gesunden. CÄSAR BOECK hat einen Fall studiert, bei dem viel intensivere Läsionen den ganzen Stamm betrafen und tiefe Narben zurückliefsen; er nannte die Affektion Acne necrotica. — DUBREUILH hat drei Fälle im Gesicht, einen im Gesicht und am Stamm beobachtet. Excisionen ergaben, dafs die Acne pilaris (BAZIN) eine Nekrose ist, welche zuweilen nur die Epidermis betrifft und dann ohne Narben heilt, meistens aber den Papillarkörper und die Cutis ergreift. Es ist eine konisch in die Tiefe dringende Koagulationsnekrose, die aber nicht direkt mit den Follikeln in Verbindung steht. Perivaskuläre leukocytische Infiltration findet sich in der Umgebung. Der Name Acne pilaris ist nicht gerechtfertigt, da es sich weder um eine Entzündung noch um eine Affektion der Follikel handelt. (*Société d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux.* Sitzung vom 17. Juli 1893.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Akne-Keloid, von Prof. V. MIBELLI. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle.* 1893. Fasc. IV.) MIBELLI fafst das Resultat seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das ausgebildete Akne-Keloid besteht, wie das typische Keloid, aus dichtem, fibrinösem Gewebe ohne elastische Fasern und hat seinen Sitz ausschliefslich im retikulären Derma, wo es sich durch Zellproliferation in der Umgebung der Gefäfse des Stratum subpapillare bildet. Über ihm liegt das (im Gegensatze zum primären, spontanen Keloide) ebenfalls veränderte Stratum papillare und subpapillare.

2. Es bildet sich aus chronisch recidivierenden Akneefflorescenzen (Acne indurata) mit Vorliebe in den hinteren Halspartien (Haargrenze) ohne vorangehende Narbenbildung und stellt einen entzündlichen Vorgang im sebaceo-pilaren Apparate dar.

3. Eine beträchtliche Exsudation findet bei diesem Prozesse nicht statt, weshalb die Epidermis intakt bleibt.

4. Durch peripheres Wachstum verschmelzen einzelne Herde untereinander, wodurch die durch das Gewebe ziehenden Organe (Haare) beiseite geschoben werden und zum Teil kranzförmig an der Peripherie der Neubildung angeordnet erscheinen.

5. In den früheren Stadien lassen sich der entzündliche und der neoplastische Prozefs, getrennt, nebeneinander erkennen.

6. Im Verlaufe dieser langsam vor sich gehenden Veränderung kommt es zur Bildung zahlreicher Riesenzellen. Dieser Umstand und die Ähnlichkeit des Keloids mit dem Granuloma trichophyticum MAIOCCHIS scheint für die Thätigkeit eines pathogenen Mikroorganismus zu sprechen.

7. Da die Bildung des Keloids nicht an eine bestimmte Akneform gebunden ist und dasselbe nur zufällig von einem Akneprozesse abhängt, so erscheint M. die Bezeichnung Keloid-Akne, wodurch leicht die Ansicht aufkommen könnte, als handle

es sich um eine spezielle Akneform, als unpassend, und schlägt er deshalb vor, sie durch Akne-Keloid zu ersetzen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Behandlung der Sykosis, von A. Mora. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 499.) Nachdem die Wundfläche gereinigt ist und die Pusteln aufgestochen sind, wird folgende Lösung aufgepinselt:

Ol. Cinnamom. Ceylon. 4,0 (Essence de Cannelle de Ceylon)
Ol. Amygd. dulc. 8,0—12,0. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung des Anthrax mittelst Kreuzschnittes und krystallisierter Borsäure in grofsen Portionen, von Goïlav. (*La Roumanie méd.* 1893. No. 4.) Verfasser bespricht unter anderen Methoden der Anthraxtherapie diejenige von Nicolini-Galatz, welche in reichlichem Aufstreuen von krystallisierter Borsäure auf die Oberfläche des Anthrax besteht und diesem Forscher glänzende Resultate gegeben hat. Da der Karbunkel sich aber selten spontan genügend öffnet, hat G. die Methode N.'s in der Weise abgeändert, dafs er vorerst einen Kreuzschnitt, bis mindestens 1 cm über den Rand des Herdes hinausreichend, macht, das Ganze mit 4% Borwasser gründlich auswäscht und die losen nekrotischen Fetzen mit der Pinzette entfernt. Nun streut er in die Schnitte und auf die übrigen Teile des Geschwüres reichlich krystallisierte Borsäure und legt einen Kompressivverband an, der 24 Stunden liegen bleibt. Der zweite Verband reicht für 5—8 Tage, die weiteren noch länger. Verfasser bedient sich ausschliefslich dieser Procedur und rühmt deren bedeutende Vorteile.
C. Müler-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Mykosis fungoides mit einem Vorstadium von 30jähriger Dauer, von W. Dubreuilh. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 408.) Die betreffende Patientin, eine 82jährige Frau, hatte seit 30 Jahren an heftigem Hautjucken gelitten; nur selten hatte sich, nach Aussage der Tochter, Ausschlag gezeigt. Seit Jahresfrist ungefähr besteht die Mykosis. Dubreuilh meint, dafs man bei jahrelang bestehendem hartnäckigem, juckendem Ausschlag von urticariaartiger oder ekzematöser Natur immer vor der Mykosis fungoides auf der Hut sein müsse. *Türkheim-Hamburg.*

Über die wechselseitigen Beziehungen zwischen Bacillen und hyaliner Degeneration beim Rhinosklerom, von Prof. A. Breda. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1893. Fasc. III.) Die Untersuchungen des Verfassers führten ihn zu folgenden Resultaten:

1. Beim Rhinosklerom befinden sich Bacillen in einigen Zellen, von denen Morphologie und Färbbarkeit annehmen lassen, dafs sie noch keine weitere Veränderung eingegangen sind.
2. Bacillen, welche in gesunde Zellen eindringen, wandeln diese immer in Miculiczsche Elemente um.

Diese Miculiczschen Zellen gehen später eine hyaline Degeneration ein.

4. Die hyaline Substanz lagert sich um die Bacillen herum ab, diese umschliefsend.
5. Die hyalinen Massen gehen verschiedene Evolutionsphasen durch und enthalten Bacillen.
6. Die hyaline Substanz ist wahrscheinlich ein Derivat des durch die Gegenwart der Bacillen beeinflufsten Zellprotoplasmas und nicht der bacillären Sekrete. Es kann nicht als ausgeschlossen betrachtet werden, dafs beim Rhinosklerom hyaline Substanz angetroffen wird, welche in keiner Beziehung zu den Bacillen steht.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Rhinosklerom, von G. T. Jackson. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Oktober 1893.) Patientin, eine 54jährige Ungarin, zeigte ein charakteristisches,

die ganze linke Hälfte der Oberlippe einnehmendes, knorpelhartes, etwas knolliges Rhinosklerom, welches vor etwa 16 Jahren als geringe Verdickung dicht am Septum nasi begonnen hatte. Jeglicher chirurgische Eingriff, selbst zu mikroskopischen Zwecken, wurde unbedingt verweigert. *Philippi-Nieheim.*

Nach GOULLIÉ wurde **sekundäres Erythema nodosum** beobachtet nach schwerer Diphtherie, Typhus, Septikämie, Gonorrhoe, Syphilis, Rheumatismus, Malaria, Tuberkulose, nervösen Störungen und Menstruationsanomalien. (Nach *Rif. med.* 1893. No. 218.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Behandlung gewisser Formen von Acne rosacea im Colentina-Hospital, von PETRINI-Galatz. (*La Roumanie méd.* 1893. No. 3.) Nach erfolgloser Anwendung aller möglichen Proceduren wählte er schliefslich bei zwei jüngeren Individuen mit bestem Erfolge die folgende: Allfällige Pusteln werden mit dem VIDALschen Skarificatom entleert, darauf alle afficierten Stellen, je drei Tage nacheinander, bepinselt mit:

Collodium elast.	30,0
Ichthyol	2,0
Resorcin	1,0

Bereits nach der ersten Pinselung, am 5. oder 6. Tage, beginnt die Röte nachzulassen und die Akneknoten fangen an sich zu resorbieren. Nach einem zwei- oder dreimaligem Turnus tritt gewöhnlich Heilung ein. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über einen Fall von Lichen simplex acutus Vidal, von P. TOMMASOLI. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 321.) Zu der viel umstrittenen Frage, ob der Lichen simplex acutus Vidal eine Krankheitsform sui generis ausmache oder nicht, liefert TOMMASOLI in der vorliegenden Arbeit einen Beitrag.

Seine im bejahenden Sinne gehaltenen Betrachtungen gehen von einer Krankengeschichte aus, die den Kern der Abhandlung bildet.

Ein 27jähriger Bauer, ohne bemerkenswerte Anamnese, beobachtete zuerst im November 1891 kleine Papeln auf seinem Gesäfs, die sich bald über weite Teile des Körpers ausbreiteten und die ihn durch Jucken und unerträgliches Brennen am Schlafe verhinderten, so dafs er in ganz elendem Zustande ins Krankenhaus kam. Hier trat bei geeigneter Behandlung — warme Bäder scheinen trotz Chrysarobin und Resorcin das wirksamere Mittel gewesen zu sein — bald Besserung ein, die unter Schwankungen — einmal war der Körper des Patienten unter Temperatursteigerung, während sonst immer subnormale Temperatur bestand, mit kleinen dicken Pusteln bedeckt — in andauernde Heilung überging. Die histologische Untersuchung einzelner Hautpartikelchen ergab nichts Besonderes.

An die Mitteilung dieses Falles knüpft TOMMASOLI differential-diagnostische Erwägungen, wobei die Diagnosen Prurigo, Lichen ruber neuroticus acuminatus Unna, Eccema papulosum verworfen und diejenige eines Lichen simplex acutus Vidal festgehalten werden.

Den Schlufs bildet eine genauere kritische Unterscheidung zwischen Lichen simplex acutus und Eccema papulosum, sive lichenoides und der Versuch einer besseren Klassifikation der pruriginösen Hautkrankheiten oder der „Dermodysästhesien“. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung des Lichen planus nach BROCQ. Morgens und abends Einreibungen mit Glycérolé tartrique 0,5—1,30, wenn sich kein Allgemeinleiden als Grundursache der Affektion nachweisen läfst. In anderen Formen kommen Quecksilberpräparate zur Anwendung:

1. Tägliche Waschungen mit Sublimatlösung (0,1—2 %).
2. Auf die am stärksten betroffenen Partien Emplâtre de Vigo oder de VIDAL.

3. Bei irritativen oder entzündlichen Komplikationen mufs an Stelle der Hg-Präparate ein Glycérolé mit Zusatz von Karbol- und Weinsteinsäure treten:

Neutrales Stärke-Glycerolat	60,0
Salicylsäure	2,0
Weinsteinsäure	3,0
Karbolsäure	1,0

[Zur Bereitung der sogenannten „Glycérolés" werden bekanntlich verwendet: Absolut neutrales Glycerin 15 Teile, beste Weizen- (event. Arrow-root-) Stärke 1 Teil. Die beiden Substanzen werden bei gelinder Wärme und unter beständigem Rühren mit einem Glasstabe gemischt, bis man eine homogene Masse erhält, welche als Grundmasse dient für die verschiedenen zusammengesetzten „Glycérolés" (cadique, tartrique etc.). Der Ref.]

Aufserdem Berücksichtigung des Grundleidens. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Krankengeschichte und bakteriologische Untersuchung eines Falles von Stomatitis gangraenosa, von Ch. J. Foote. (*The Amer. Journ. of the med. sciences.* August 1893.) Die Patientin ist sieben Jahre alt; ihre Eltern und Geschwister sind völlig gesund; tuberkulöse Belastung von irgend einer Seite liegt nicht vor. Die Krankheit begann im sechsten Lebensjahre mit einer Ulceration des Zahnfleisches auf der linken Seite des Unterkiefers. Die Ulceration griff rapide um sich und zog bald die innere Wand der linken Wange in Mitleidenschaft. Gegenwärtig bildet beinahe die ganze linke Wange bis hinauf zum Nasenrücken eine eiternde, übelriechende Geschwürsfläche. Das Gesicht ist im ganzen gerötet, geschwollen, die Temperatur erhöht, der Puls stark beschleunigt. Der Fall verlief letal.

Die bakteriologische Untersuchung der gangränösen Stomatitis ist bis jetzt in einem Falle von Schimmelbusch und in fünf Fällen von Lingard vorgenommen worden.

Die Untersuchung in dem vorliegenden Falle ergab zahlreiche Staphylokokken, Streptokokken, Diplokokken und einige wenige lange Stäbchen, die sich nach Gram nur schwach, nach anderen Methoden intensiver färben liefsen. Längs des nekrotischen Hofes in der Peripherie waren die Bacillen zahlreicher angehäuft. Trotzdem möchte Verfasser aus dem einen Falle nicht den Schlufs ziehen, dafs die Bacillen die Ursache der Krankheit wären. *C. Berliner-Aachen.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

J. A. Fort berichtet über einen Fall von **Prostataabscefs mit tödlichem Ausgange** bei einem 82jährigen Patienten. Derselbe mufste sich seit Jahren wegen einer Hypertrophie der Prostata regelmäfsig katheterisieren. F. nimmt an, dafs die Infektion durch den Katheter zu Stande kam, mit dem der Patient nicht sehr sorgfältig umzugehen pflegte. (*Rev. chir.* 1893. No. 28.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Prostatitis suppurativa durch Bacterium coli, von O. Barbacci. (*Lo Sperimentale.* Vol. XLVI. 1892. No. 15. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1893. No. 20.) Bei einem an Prostatitis suppurativa zu Grunde gegangenen alten Manne fand sich im Eiter nur das Bacterium coli. Ureteren, Blase, Urethra waren normal. Verfasser nimmt an, dafs das Bacterium coli aus dem Darme in die Bruchflüssigkeit einer vorhandenen Hernie übergegangen ist und von da in die Prostata gelangte, deren Hypertrophie die Disposition für die Entfaltung der pathogenen Eigenschaften desselben bot. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Ichthyolsuppositorien bei der Behandlung der Prostatitis, von A. Freudenberg. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 26.) Über gute Erfolge mit Ichthyol

bei Prostatitis haben schon berichtet SCHARFF, EHRMANN, ULLMANN: sie wandten 10%ige Lösungen oder Zäpfchen an. Verfasser verwendete dasselbe nur bei chronischer oder in späteren Stadien akuter Prostatitis an; in akuten Fällen genügten ihm fast stets Bettruhe und Kataplasmen an den Damm. Er sah stets in kurzer Zeit Beseitigung der subjektiven und objektiven Symptome. Wenige Ausnahmen sind natürlich leicht verständlich. Etwaige endourethrale Eingriffe wurden natürlich dabei nicht unterlassen. Die Ichthyolzäpfchen enthalten 0,3—0,5—0,75—1,0 auf 2,0 Ol. Cacao; auftretender Stuhldrang vergeht in 5—20 Minuten, besonders bei ruhiger Lage, ebenso das Brennen. In letzter Zeit hat Verfasser noch 0,01—0,05 Jodoform zugesetzt. Hohlsuppositorien dürften nicht verwendet werden. Täglich werden 2—3 Zäpfchen gebraucht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Cystotomia suprapubica bei Urinstörungen prostatischen Ursprungs, von A. PONCET. (*Gaz. des Hôpitaux.* 1893. No. 84 u. 85.) Verfasser empfahl bei Urinretention der Prostatiker den hohen Blasenschnitt und die Bildung einer künstlichen Harnröhre aus der Wunde; er hat die Operation jetzt 60mal ausgeführt. Es wird die Blase so tief wie möglich in einer Ausdehnung von 12—15 mm durch vertikalen Schnitt eröffnet, Haut- und Blasenwunde durch Metalldrähte vereinigt, keine Drainage, nur Auflegen feuchter antiseptischer Watte. Verfasser verwirft die einfache Blasenpunktion als unnütz und gefährlich; er hat von der Cystotomie nie direkten Schaden gesehen. Indikationen: vollkommene Harnverhaltung, Intoleranz gegen Katheterismus, falsche Wege, schwieriges und schmerzhaftes Einführen des Katheters. Oft sieht man später eine Verkleinerung der Prostata, so daſs das Urinieren auf normalem Wege wieder möglich wird. Die Operation soll nicht als ultimum Refugium, sondern noch bei gutem Kräftezustand ausgeführt werden, dann sind die Resultate desto besser.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Allgemeines über Harn spricht RYWOSCH im Wiener medizinischen Klub in der Sitzung vom 25. Oktober 1893. Bei Knochenfischen fand der Vortragende einen leichten Harn (spez. Gew. 1001—1002) von saurer oder alkalischer Reaktion; neben Harnstoff war Taurin nachweisbar, Harnsäure nur sehr wenig vorhanden. Letztere fehlt ganz bei Amphibien, beim Frosch, bei den Selachiern; Harnstoff ist bei allen Wirbeltieren zu finden, wie Verfasser meint, auch bei den wirbellosen. Den Umstand, daſs im Harne der Säugetiere Harnsäure neben Harnstoff, bei Vögeln neben der Harnsäure vorhanden ist, führt R. darauf zurück, daſs die Nebenprodukte in beiden Fällen aus demjenigen Blute stammen, welches die Leber nicht passiert, denn nach NENCKI findet man im Harn von Hunden, deren Pfortader direkt in die Vena cava geführt wurde, eine Steigerung der Harnsäure auf das Vier- bis Fünffache, sobald die Arteria hepatica abgeklemmt wurde. Daraus schlieſst R., daſs in der Norm die aus der Milz stammende Harnsäure im Harne nicht wieder erscheint, weil sie in der Leber in Harnstoff umgewandelt wird; der Rest Harnsäure stammt nicht aus der Milz, sondern von andern lymphatischen Zellen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Physiologie der normalen Harnsekretion beim Menschen, von F. SUTER und H. MEYER. (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.* 1893. 3. u. 4. Heft.) Ein sonst gesunder Knabe mit Blasenektopie bildete das Experimentalobjekt zur Feststellung der Thätigkeit beider Nieren. Der Knabe wurde in halbsitzender Stellung eingegipst, und dann wurden an den Ureterenmündungen Gläser so befestigt, daſs man ohne Verlust die Sekrete der einzelnen Nieren getrennt auffangen konnte. Die Beobachtung des Mechanismus der Harnentleerung zeigte, daſs der Urin ruckweise aus den Uretern ausflieſst und die beiden Ureteren ziemlich regelmäſsig in der Entleerung abwechselten. Der Versuch wurde 3½ Tage fortgesetzt; die Ergebnisse sind in Tabellen wiedergegeben: Die Sekretion der linken Niere war stets etwas geringer, sie liefert auch

konstant einen weniger sauren Urin. Der Harn der rechten Niere ist meistens konzentrierter; die Harnstoff- und Phosphorsäurewerte differieren wenig. Das Minimum der Harnabsonderung fällt stets in die Zeit von 3—6 Uhr nachts. Eine eigentliche morgendliche Harnflut (QUINCKE) wurde nicht beobachtet, sondern nur eine mäfsige Steigerung. Das Harnstoffmaximum fällt auf Morgen und Mittag, die Phosphorsäuremaxima auf Mittag und Abend, die Acidität ist in dem Nachtharn relativ grofs, die Konzentration (spez. Gew.) ist in der Nacht am gröfsten. Aus ihren Versuchen schliefsen die Verfasser, dafs das Gewicht der Gründe, welche gegen einen direkten Nerveneinflufs auf das Nierenepithel sprechen, vermehrt ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Tag- und Nachtharn, von H. QUINCKE in Kiel. (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.* 1893. 3. u. 4. Heft.) Beobachtungen an gesunden Menschen lehren, dafs bei liegender Körperstellung die Harnsekretion steigt, dieselbe aber durch den Schlaf und die aus mangelnder Zufuhr entspringende Wasserverarmung des Körpers während der Nacht vermindert wird. Die letzteren beiden Momente überwiegen gewöhnlich, so dafs die Harnsekretion in der Nacht, pro Stunde berechnet, im allgemeinen spärlicher (und der Harn konzentrierter), als bei Tage, ist. Der Verfasser suchte nun zu erforschen, inwieweit Krankheitszustände dieses Verhältnis beeinflussen. Es zeigte sich, dafs bei Herz- und chronischen Nierenleiden die nächtliche Sekretion relativ reichlicher ist, ja sogar die Tagesmenge übersteigt, bei Prostatahypertrophie der Nachtharn enorm den bei Tage secernierten überwiegt; ob der begleitende Blasenkatarrh von Bedeutung ist, sei dahingestellt. Ebenso wurde das normale Verhältnis bei einigen anderen Krankheitszuständen umgekehrt. Aufstehen und Herumgehen am Tage steigert die nächtliche Sekretion, aber wenig; ebenso auffällig ist die Verschiebung der Sekretion bei beständig bettlägerigen Kranken. Verfasser erklärt sich die Vorgänge durch folgende Hypothese: Das Mafs der Harnsekretion hängt ab 1. von der Zufuhr harnfähiger Stoffe, 2. von der Funktion der Drüsenzellen, 3. von der Stromgeschwindigkeit und dem Drucke in den Blutgefäfsen der Nieren. Für letztere Momente kommt die Leistung des Herzens, die Elasticität und Innervation des Arteriengebietes hinzu. Auch die Funktion der Drüsenzellen steht unter Nerveneinflufs. Die Steigerung der nächtlichen Harnausscheidung betrifft übrigens nicht nur das Wasser, sondern auch die festen Bestandteile. (Man vermifst bei der ganzen Untersuchung die Berücksichtigung der Schweifssekretion. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

TUFFIER berichtet über einen Fall von **Anurie infolge von Kompression der Ureteren durch ein Uterusfibroid.** Die Hysterektomie führte sofortige Heilung herbei. (*Rif. med.* 1893. No. 247.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Enuresis nocturna und einen durch Ausschlufs der nasalen Respiration komplizierten Fall, von RICHARD OTTO. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 38.) Die Gleichgewichtsstörung in der Funktion der antagonistischen Blasenmuskeln, welche zur Enuresis führt, kann durch die verschiedensten Momente bedingt sein. Die Insufficienz der Schliefsmuskeln wird auf die verschiedenste Weise erklärt. TROUSSEAU nimmt eine übergrofse Reizbarkeit des Detrusor an und empfiehlt deshalb Belladonna, mit Extr. Strychn. kombiniert, wo gleichzeitig Atonie des Schliefsmuskels besteht; BOHN und FARQUHARDSEN sprechen von einer Hyperästhesie des Blasenhalses, PREYER glaubt an eine entzündliche Reizung der Pars prostatica bei masturbierenden Knaben. Letzterer und OBERLÄNDER behandelt die Enuresis durch Einführen dicker Metallsonden, CZILLAG massiert, ULTZMANN und KÖNIG wenden den inducierten Strom an.

DITTEL spricht von einem mangelhaft entwickelten Sphinkter, der erst zur Zeit

der Pubertät gleichzeitig mit der Prostata stark genug wird. Rätselhaft ist der Einfluſs der Psyche, die Heilung der Enuresis in einer Sitzung durch den inducierten Strom (König), durch irgend einen Reiz (Möbius), durch Suggestion. George W. Mayor-Montreal hat zuerst auf das gleichzeitige Vorkommen von Bettnässen und Mundathmung hingewiesen; er erklärte das dadurch, daſs die kühlere per os eingeathmete Luft oberflächliche Athmung, Überladung des Blutes mit Kohlensäure bedinge. Ziem acceptierte diese Hypothese teilweise, Bloch nimmt eine reizbare Schwäche bei diesen Kindern an. Schmalz, Körner, Baumgarten heilten Fälle von Enuresis durch Beseitigung des Athmungshindernisses. Einen gleichen Fall, in dem ausgedehnte Erkrankung der Nase das Hindernis war, berichtet der Verfasser. Das wichtigste an dem Mayorschen Krankheitsbilde ist die Ausschaltung der physiologischen Respiration. Für die Therapie sind folgende Gruppen festzuhalten:

1. Form: Anwendung des Induktionsstromes und der Massage zur Kräftigung des schwachen Sphinkter.

2. Form: Psychische Beeinflussung; Suggestion.

3. Form: Sorge für eine gründliche Behandlung des Athmungshindernisses (der Nase). Die dritte Form ist prognostisch die günstigste.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der idiopathischen Incontinentia urinae, von Comby. (*La Méd. moderne.* 10. Mai 1893.) Die Incontinentia nocturna urinae s. Enuresis nocturna ist eine Entwickelungsneurose, die häufiger Knaben als Mädchen ergreift. Phimosis, Vulvovaginitis, Oxyuren, Onanie, adenoide Vegetationen etc. können zu ihr führen. Die Behandlung hat sich zunächst gegen die Ursache zu richten, den Allgemeinzustand zu berücksichtigen, etwa vorhandene harnsaure Diathese durch Alkalien zu bekämpfen. Diejenigen, welche eine Irritation der Blase annehmen, geben Belladonna und Bromkalium:

Kal. bromat.	2,0	*Extr. Belladonnae*	0,05	*Syr. Belladonn.*	20,0
Aq. Menth.	30,0	*Camphor.*	1,0	*Aq. Tiliae*	30,0
Syr. Cort. Aur.	30,0	*Castoreum*	1,0	S. in zwei bis drei Malen nachmittags einzunehmen.	
DS. abends in drei Malen mit je einer Stunde Zwischenraum einzunehmen.		*F. pilul. No. 10.* S. abends eine Pille.			

Butyr. Cacao	2,0
Extr. Belladonn.	
Extr. Strammon.	ā 0,02
f. suppositorum.	
S. abends ein Zapfen einzuführen.	

Ebenso ist Atropin ($^1/_4$—$^1/_2$—2 mg) anwendbar. Bei psychischer Ursache ist die Suggestion zu versuchen, bei Atonie des Sphinkter:

Extr. nuc. vomic.	0,2	*Tinct. nuc. vomic.*	
Fer. oxydat. nigr.	3,0	*Tinct. rhuis aromatic.*	ā 5,0
Pulv. Quassiae	3,0	DS. 5—10 Tropfen vor dem Schlafengehen.	
Syrup. Absinth.	6,5		
F. pilul. No. 20.			
DS. 1—3 Pillen täglich.			

Strychnin (1—7$^1/_2$ mg), Ergotin intern als Lösung oder Pillen resp. als subkutane Injektion, das Fluidextrakt von Rhus aromatica (5—20 Tropfen täglich) sind empfohlen. Man kann auch Fol. sicc. Rhois indicantis in fünf Teilen Alkohol (21°) während zwei Wochen macerieren und dann zwei mal täglich 5—10—40 Tropfen geben. Induktionsströme, Massage, Blasenreizung durch Kantharidenpflaster sind oft

von Erfolg. BISSEL-New York giebt Suppositorien von Nux vomica pulverat. (0,01 pro dosi, 0,04 pro die) zusammen mit Rhus toxicodendrum (0,01—0,02 pro die).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Enuresis diurna der Kinder, von J. B. BISSELL. (*Med. Record.* 17. Dez. 1892.) Man kann diese Fälle in drei Gruppen einteilen: 1. Enuresis, welche auf der Gegenwart von Würmern in der Vulva oder dem Rectum, auf Phimose, Geschwülsten oder Steinen in der Blase u. dgl. beruht; 2. Enuresis bei abnorm reizbaren, sensitiven und aufgeweckten Kindern; 3. bei torpider, stumpfer Anlage mit verlangsamter Nerven- und Muskelleitung. Ferner sieht man dies Symptom bei beginnender Wirbelcaries, Diabetes, Epilepsie und vielleicht auch als Folge von Skropheln, Rhachitis u. dergl. Therapeutisch kommen in Betracht bei Gruppe II: Aussetzen des Schulbesuchs, Seebäder, Massage, alkoholische Abreibungen, trockene Abreibungen; ferner Syrup. ferri jodati, Syrup. hypophosph. mit Nux vomica, Leberthran, Chinin, Arsenik; außerdem Belladonna bis zur Erzeugung starker Mydriasis gegeben, Suppositoria mit Nux vomica (0,015) drei- bis viermal täglich ins Rectum einzuführen, Ergotin, Rhus toxicodendron (Pulv. fol. R. t. 0,015 mehrmals zu geben), schliefslich Elektricität und bei Knaben in vereinzelten Fällen möglicherweise die Einführung von Stahlsonden bis in die Blase.

Bei der dritten Gruppe kann man nebst den angeführten Mitteln gelegentlich länger fortgesetzte Ausspülungen der Blase mit einfacher Kochsalzlösung, zweimal täglich angewandt, mit Erfolg verordnen. *Philippi-Nieheim.*

Über quantitative Eiterbestimmungen im Harn nebst Bemerkungen über Centrifugieren und Sedimentieren, von RUD. HOTTINGER. (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1893. No. 15.) Verfasser hat unter POSNERS Leitung den Eitergehalt der Harne durch Zählung der Eiterkörperchen mittelst des THOMA-ZEISSschen Apparates zu bestimmen gesucht. Der Gehalt schwankt zwischen 1400—152000 pro cmm, in der Mehrzahl der Fälle beträgt er 10000—40000 pro cmm. Da im Kubikmillimeter Blut 5000—10000 Leukocyten vorhanden sind, in der Gesamtmenge also 25 bis 50 Milliarden, in einem Liter eiterhaltigen Urins ca. 10—40—152 Milliarden Eiterkörperchen ausgeschieden worden, so sieht man, dafs bei Blasenkatarrh ebensoviel oder noch viel mehr Leukocyten täglich ausgeschieden werden, als weifse Blutkörperchen im Blute vorhanden sind. Es ist dadurch eine Konsumption der Kräfte leicht verständlich. — In einem Falle konnte die fortschreitende Besserung durch Zählen der Leukocyten leicht verfolgt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Methylenblau zur Zuckerbestimmung im Harn empfiehlt NEUMANN-WENDER. (*Pharmac. Post.* 1893. S. 393.) 5 oder 10 ccm Harn werden auf das Zehnfache verdünnt, gut gemischt und dann mittelst kleiner Pipetten je 1 ccm des verdünnten Harns, wässeriger 1‰iger Methylenblaulösung und Kalilauge zusammengebracht. Zu der tiefblauen Mischung setzt man 2 ccm Wasser und erhitzt zu wiederholtem Aufkochen etwa eine Minute. Es tritt vollkommene Entfärbung ein, wenn der Harn mindestens 0,5% Zucker enthält. Zur quantitativen Bestimmung kann man dieses Verfahren auch benutzen; es ist $p = \frac{x \cdot v}{c}$. x = 100fache Menge des zur Entfärbung einer bestimmten Menge Methylenblau (bei Verwendung von 1 ccm der obigen Lösung = 0,05) erforderlichen Traubenzucker, v = x fache Verdünnung des betreffenden Harns, c = Anzahl der zur Entfärbung verbrauchten Kubikcentimeter des verdünnten Harns. Der Harn mufs dann aber stärker verdünnt werden, und zwar bei einem

spec. Gew. von	1017—1025	50fach,
„ „	—1030	100 „
„ „	—1038	200 „

Hat man z. B. 16 ccm des 200fach verdünnten Harns gebraucht, so ist

$$\frac{0,05 \cdot 200}{1,6} = 6,25\%.$$

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einige neue Eiweifsreaktionen des Harnes (aus dem Laboratorium von Prof. Fleischer), von Zouchlos. (*Progrès medical.* 1893. No. 33.) 1. Entsteht bei Hinzufügen einer Sublimatlösung zum Harne eine Trübung, welche bei Zusatz von Essigsäure nicht verschwindet, so enthält derselbe Eiweifs. 2. Bringt man zu eiweifshaltigem Harne einige Tropfen einer Lösung von 100 ccm einer 10%igen Lösung von Schwefelcyankalium und 10 ccm Essigsäure, so entsteht je nach dem Gehalte an Eiweifs blofs eine Trübung oder ein dicker weifser Niederschlag. An Stelle der Essigsäure kann in letzterem Reagens auch die Bernsteinsäure treten, welche, wie das Schwefelcyankalium, ein fester und daher leichter transportabler Körper ist.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über den Nachweis von Nitriten im Harne, von A. Jolles. (Chem.-physik. Gesellschaft in Wien. *Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 44.) Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Nitrite entstehen zuweilen in durch saure Gärung getrübten Harnen.

2. Die Gründe, warum nicht in jedem in saure Gärung übergegangenen, salpetersäurehaltigen Harne Nitrite auftreten, sind uns nicht bekannt.

3. Die bisher zum Nachweise von Nitriten im Harne angegebene Probe mit verdünnter Schwefelsäure und Jodkaliumstärkekleister besitzt für Harne nicht die genügende Empfindlichkeit, weil sowohl normale als pathologische Harnbestandteile an der Jodabsorption teilnehmen und die Reaktion in mehr oder minder hohem Grade und bei geringen Spuren gänzlich beeinträchtigen.

4. Die geeignetste Probe zum Nachweise von Nitriten im Harne ist die Probe mit Sulfanilsäure und schwefelsaurem α-Naphtylamin. Die unterste Grenze liegt bei 0,000032 N_2O_3 in 100 ccm Harn.

5. Zur qualitativen Prüfung ist auch die Schäffersche Reaktion (Ferrocyankalium und Essigsäure) geeignet. Zur quantitativen Bestimmung in die Probe nach Deventer ungeeignet.

6. Zur annähernden quantitativen Bestimmung ist nur die kalorimetrische Bestimmung nach Trommsdorf verwendbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Vorkommen der Karbaminsäure im Menschen- und Hundeharn nach reichlichem Genusse von Kalkhydrat, von John J. Abel und Archibald Muirhead. Nachtrag zu dem gleichen Artikel in Band 31. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* 1893. Bd. 32.) Verfasser geben eine kurze Notiz als Nachtrag zu ihrer früheren Arbeit, aus der hervorgeht, dafs unter dem Einflusse von Kalkhydrat die Menge des im Harne ausgeschiedenen Ammoniaks im Vergleiche zur Norm abnimmt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ptomaine im Urin bei Cystinurie, von Boedtker. (*Norsk. Mag. for Laegevid.* 1892. No. 11.) Udranzky und Baumann haben behauptet (*Zeitschr. f. physiol. Chem.* 1889), dafs Cystin im Urin stets gleichzeitig mit Ptomainen vorkommt; ersteres soll gleich den letzteren mikrobiären Prozessen im Darme entstammen. Verfasser konnte diese Annahme nicht bestätigen. Bei einer Frau, die an Cystinurie und Cystinsteinen litt, fand man anfangs auch Ptomaine, später aber nicht; letztere waren auch nicht in den Faeces nachweisbar. Zur Darstellung wird Benzoylchlorid und Natronlauge gebraucht; es entstehen unlösliches Benzoylptomain und Benzoylcystin, das man durch Zusatz von Schwefelsäure zum Filtrat und Ausschütteln mit Äther gewinnt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pasqu. Moscato berichtet (*Rif. med.* 1893. No. 222) über einen Fall von **Strongylus gigas** bei einer 40jährigen Frau. Der Parasit verursachte Chylurie infolge von granulo-adipöser Degeneration der roten Blutkörperchen, die ein gezähntes, ausgezacktes, maulbeerförmiges Aussehen erhalten. Aufserdem kam es zu cerebrospinalen Störungen (Hysterismus) in Anfällen infolge Überreizung des Plexus venalis sympathicus. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Im *Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte* 1893, No. 18, berichtet Brandenberg über einen Fall von **Lipurie**. Es handelt sich um eine 25jährige verheiratete Frau, bei der sich als event. Ursache der Harnveränderungen, welche drei Tage andauerten, nichts als eine ziemlich hochgradige Anämie als Ursache nachweisen liefs. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Über die Hämaturie im Verlaufe einer Harnretention, klinischer Vortrag von Albarran. (*Le Bull. méd.* 1893. No. 70.) Ein 44jähriger Mann hatte sich an einem spitzen Gegenstande den Damm gestofsen und eine Retentio urinae davongetragen, welche den Katheterismus mittelst Mandrinkatheters erforderte, wobei Blut und Coagula entleert wurden. Vortragender nimmt nun, gestützt auf diesen und andere Fälle, an, dafs aufser bei plötzlicher Entleerung der Blase noch Retentio (Distensio ex vacuo) Hämaturie durch blofse Retention des Harns eintreten kann. Unter dem zunehmenden Drucke in Blase, Ureteren und Nieren tritt nämlich eine progressive Desquamation des Epithels ein, welche die dilatierten Kapillaren bedeckt, worauf diese schliefslich stellenweise bersten und das Blut in die Harnwege tritt. Unter dem Einflusse der Harnretention tritt ferner beim Menschen eine kongestive Schwellung der Prostata ein, welche den Katheterismus bedeutend erschweren kann und unter Umständen zum Blasenstich oder noch eingreifenderen Operationen Anlafs geben kann. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Zur Therapie der Hämaturie, von Dubois-Havenith. (*La Policlinique* 1893. No. 21.) Dieselbe richtet sich natürlich nach der Natur des Grundleidens (Urethralpolypen, Blasentumoren, Nierenaffektionen etc.). Als erste Indikation gilt: Ruhigstellung des leidenden Organs, kalte Kompressen, Opiate. Handelt es sich um eine Blasenblutung, und genügen die genannnten Mafsnahmen nicht, so kann die Anlegung eines Dauerkatheters nötig werden. Reicht auch diese Procedur nicht zur Stillung der Blasenkontraktionen, so entleert Vortragender die Blase mittelst Aspiration (nach Guyon), verbunden mit Ausspülungen.

Bei Prostatablutung älterer Leute genügt oft einfache Bettruhe.

Hämorrhagien infolge von Nierenruptur werden selbstverständlich Unterbindung der Artreia renalis und Naht erfordern.

Die Blutung kann gefährlich werden wegen ihrer Intensität, ihrer Dauer, oder wegen sekundärer Infektion der Harnwege. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Bilharzia et Bilharziosis, von Cortet. (*Lyon. méd.* 1893. No. 18.) Die Bilharziose, eine aus Ägypten stammende Krankheit, breitet sich immer mehr aus, hat Tunis und auch Algier ergriffen. Dieselbe äufsert sich in schmerzhafter Hämaturie, Darmgeschwüren, blutigen Stühlen und nicht selten auch in Leberaffektionen. Die Erreger sind Würmer von der Gattung Distomum, die sich besonders in den Venen ansiedeln, welche die Blase umgeben, deren Eier sich in den Gefäfsen der Darmschleimhaut festsetzen, wo sie Geschwüre bewirken. Die Krankheit entsteht wahrscheinlich durch den Genufs von Salat, der mit den Eiern der Würmer verunreinigt ist. Im blutigen Urin der Erkrankten findet man täglich 3000—4000 Eier, es ist die Gelegenheit zur Verbreitung also eine sehr grofse. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beobachtungen über die diagnostische Verwertbarkeit der Indikanurie, von ALEX KEILMANN. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 15.) Physiologisch können ca. 25 mg Indikan täglich im Urin entleert werden. Gesteigert wird die Indikanausscheidung bekanntlich bei Vermehrung der Darmfäulnis. Verfasser zeigt nun, dafs Indikanurie auch ein gutes diagnostisches Hülfsmittel bei versteckten Eiterungen ist, und illustriert das durch mehrere Beispiele. Natürlich mufs man zur Diagnose eines Abscesses vorher ausschliefsen können, dafs die Indikanurie durch Darmstörungen hervorgerufen ist; zu welchem Zwecke man den Darm durch Abführmittel, event. durch Kalomel entleert. Bleibt danach die Indikanmenge unverändert, dann kann man nach einem anderen Herd von Eiweifsfäulnis (Abscefs) suchen. Man mufs zu diesem Zwecke aber quantitative Bestimmungen des Indikans machen können, für die Verfasser genauere Vorschriften giebt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Behandlung der Vaginitis gonorrhoica mit Methylenblau. Diese besteht nach dem Vorschlage D'AULNAYS darin, dafs zuerst die Vagina mit einem in 1°/₀₀iger Sublimatlösung getränktem Wattebausche gereinigt wird; darauf wird in ihren hinteren Raum ein mit einer Lösung von Methylenblau imbibiertes Stück Watte gelegt, welches zwei Tage liegen bleibt. Diese Lösung besteht aus Methylenblau 10, Alkohol 15, Kalium causticum 0,2, Wasser 200,0. Der übrige Teil der Scheide wird, zur Vermeidung einer Verunreinigung der Wäsche mit Watte ausgestopft. Nach dem zweiten Tage wird die Vagina entleert und mit Sublimatlösung ausgespült. Nun folgt die Einführung eines Wattebausches, der in Glycerin getaucht worden war und am folgenden Tage entfernt wird. Die Procedur wird darauf, wenn nötig, wiederholt; gewöhnlich genügt aber ihre ein- oder zweimalige Anwendung. (*Bull. méd.* 1893 No. 68.)
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Das Methylenblau bei der Behandlung verschiedener Infektionskrankheiten und besonders der purulenten blennorrhoischen Vaginitis, von RICHARD D'AULNAY. (*Bull. gén. de thérap.* 15. Mai 1893.) Die elektive Kraft des Methylenblau auf Mikroorganismen, seine Ungefährlichkeit haben es bei vielen Krankheiten, besonders der Malaria, verwerten lassen. Dem Verfasser hat es vorzügliche Dienste geleistet bei ulceröser Stomatitis, tuberkulöser Laryngitis, tuberkulösen Fisteln, einmal bei einem tuberkulösen Empyem, am meisten aber bei blennorrhoischer Vaginitis. Mit 5°/₀iger Lösung getränkte Watte führt man in die Vagina ein und läfst sie zwei Tage liegen. In drei bis vier Tagen tritt erhebliche Besserung, bei Wiederholung des Verfahrens Heilung ein. Denselben Erfolg erzielte er bei Endometritis. Bei Tumoren wirkt das Mittel eher schädlich als nützlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Pathogenese der Orchitis blennorrhoica, von HUGOUNENQ und ERAUD-Lyon. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 357.) In einer früheren Mitteilung an die Société Nationale de Médecine zu Lyon hatten die Verfasser über einen phlogogenen Firnifsstoff berichtet, der von einem im Trippereiter vorkommenden Mikrobion stammt und auf das Hodengewebe eine spezifische Wirkung ausübt. Die vorliegende Mitteilung gilt dem Studium dieses Mikrobions.

Derselbe ist ein Diplococcus, von der nämlichen Form, aber gröfser (1 μ) als der Gonococcus NEISSER. Im Gegensatz zu letzterem gedeiht er auf den verschiedenartigsten Nährböden und bewahrt seine Lebensfähigkeit wohl über ein Jahr. Verfasser glauben, es mit einem neuen Mikrokokken zu thun zu haben, und nennen ihn Orchiococcus urethrae.

Dieser Orchiococcus findet sich bei sehr vielen gesunden Menschen und Hunden in der Urethra, desgleichen häufig im Trippereiter; sein Fehlen in diesem Sekret läſst mit Bestimmtheit vorhersagen, daſs es zu keiner Hodenentzündung kommen wird.

Kulturen des Orchiococcus sind für alle anderen Körperteile (Conjunctiva, Urethra, Peritoneum u. s. w.) harmlos, üben aber auf das Hodengewebe eine spezifische Wirkung aus und erzeugen hier allemal eine Orchitis. Diese Entzündung ist, wie schon eingangs bemerkt, die Wirkung eines albuminoiden, vom Orchiococcus abgesonderten Stoffes. Diesen phlogogenen Stoff suchten die Verfasser vergebens in dem Transsudat einer Gonitis gonnorrhoica.

Nun haben die Verfasser noch ein besonders interessantes Verhalten des Harns entdeckt: Der Harn von Patienten, die an Orchitis gonorrhoica erkrankt sind, dreht die Polarisationsebene viel stärker nach links, als sonstiger Urin; das Nämliche gilt von Patienten, bei denen sich eine Orchitis zu einer Parotitis hinzugesellt. In einem derartigen Falle wurde ein Exsudat der Orchitis parotica ein dem Orchiococcus identisches Mikrobion gefunden. Weitere wichtige Aufschlüsse über die Chemie jenes albuminoiden Stoffes stellen die fleiſsigen und erfolgreichen Forscher in Aussicht.

Türkheim-Hamburg.

Pilliet berichtet (*Progrès méd.* 1893. No. 39) über einen mit **Orchitis blennorrhagica komplicierten Fall von Hodenektopie** bei einem 20jährigen Patienten. Kastration; Heilung. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Zur Endocarditis gonorrhoica, von M. Wilms-Gieſsen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 40.) Verfasser giebt zunächst eine Litteraturübersicht über das Vorkommen des Gonococcus bei den Komplikationen der Gonorrhoe (Rheumatismus articulorum), wobei er sekundäre Infektionen als Ursache derselben anzunehmen geneigt ist, und berichtet dann über eine Endocarditis gonorrhoica bei einem 26jährigen Menschen. Drei Wochen nach der zweiten Infektion traten Schüttelfrost, Gelenkschmerzen im Knie mit Schwellung desselben auf; eine Woche später stellen sich Zeichen einer Insufficienz der Aorta ein; Tod nach drei Wochen. In den hochgradig veränderten Aortenklappen finden sich zahlreiche Diplokokken, zum Teil in charakteristischer Semmelform, inner- und auſserhalb der Zellen gelegen; daneben auch wenige, einzelne, runde Kokken. Alle vorhandenen Bakterien entfärben sich nach Gram, selbst bei kürzester Entfärbung. Am besten entfärbt sie Löfflers Methylenblau mit nachherigem, kurzem Auswaschen mit 0,5%iger Essigsäurelösung; die Schnitte müssen möglichst dünn sein. Verfasser ist nun aber weit davon entfernt, die Diplokokken als Gonokokken aufzufassen, wie es Leyden in dem Falle gethan; die morphologische Charakteristik genügt dazu nicht. Der Gonococcus erzeugt ja überhaupt keine ulcerösen Prozesse, am wenigsten solch tiefgehende Zerstörungen, wie sie die Endocarditis ulcerosa zeigt.

Der Befund in der Urethra zeigte, trotzdem sichere Gonokokken kaum mehr vorhanden waren, noch das Fortbestehen eines chronischen Reizzustandes. Verfasser stellt zwei Thesen zum Schlusse auf:

1. Der Gonococcus vermag keine maligne Endocarditis zu verursachen, ebensowenig, wie er andere ulceröse Prozesse hervorruft.
2. Die Komplicationen bei dem Tripper beruhen auſser den oben genannten falschen Abscessen auf sekundären Infektionen mit anderen Kokken von der Urethra aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Endocarditis gonorrhoica, von Prof. Dr. E. Leyden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 38.) Am 6. Mai abends wurde ein 22jähriger Schneider auf die erste medizinische Klinik der Charité gelegt, wo man gleichzeitig chronische Gonorrhoe und Epididymitis konstatierte. Das anfänglich geringe Fieber steigerte sich. Patient

klagte über Stiche in der Herzgegend; man hörte ein systolisches und diastolisches Geräusch. Der zweite Ton über der Aorta fehlt. Sichtbarer Kapillarpuls, Tönen der Karotiden. Unter zeitweise auftretenden Schüttelfrösten und Zunahme des Fiebers tritt am 21. Mai der Exitus ein. Die Obduktion ergab eine ulceröse Endocarditis. In den endocarditischen Auflagerungen wurden Gonokokken gefunden, und zwar handelte es sich um Reinkultur der Gonokokken, da keine andere Bakterienart weder mikroskopisch noch durch Kultur nachgewiesen werden konnte.

L. Hoffmann-Berlin.

In der Diskussion über diesen Vortrag erwähnt CASPER die PFEIFFER-ABELsche Methode der Gonokokken-Züchtung, mit deren Prüfung er sich jetzt beschäftigt. Die mikroskopische Betrachtung des Gonococcus ist für die Erkennung desselben doch nicht absolut zuverlässig, da es sehr ähnliche Diplokokken giebt, die in der normalen Urethra vorkommen.

G. LEWIN hält die Akten über die pathogene Bedeutung des Gonococcus noch nicht geschlossen. Nicht alle nach einer Gonorrhoe auftretenden Krankheiten sind auf die Gonokokken zurückzuführen. Es wird da viel übertrieben. Zum Glück haben die Ansichten über die Bedeutung des Gonococcus auf die Therapie keinen Einfluſs.

FÜRBRINGER tritt für die praktisch-diagnostische Bedeutung des Gonococcus ein. Auch Tuberkelbacillen findet man bei der Tuberkulose zuweilen nicht. Wir haben auch Bacillen, die mit den Tuberkelbacillen verwechselt werden können, so die Smegmabacillen, aber das thut doch ihrer Bedeutung keinen Abbruch.

KRÖNIG meint, daſs Smegmabacillen nach Behandlung der Präparate mit Alkohol und Äther die Färbung verlieren und sich dadurch von den Tuberkelbacillen unterscheiden.

CASPER will durchaus nicht die diagnostische Bedeutung des Gonococcus bestritten haben, wie LEWIN, sondern nur die Schwierigkeit der Deutung des mikroskopischen Befundes hervorgehoben haben.

G. LEWIN: Der einzig sichere Befund ist die Impfung in Generationen, diese ist aber noch nicht durchgeführt.

ROBERT KUTNER hebt hervor, daſs die besten Kenner der Urethralbakterien, PETIT, WASSERMANN, LUSTGARTEN und MANNABERG, die Möglichkeit, echte Gonokokken von anderen Diplococcen zu unterscheiden, bestreiten.

LEYDEN erkennt den Gonococcus als Erreger der Gonorrhoe an und hält es auch für unzweifelhaft, ihn am Endokard wiederzuerkennen. Nach dem jetzigen Stande der Bakteriologie ist es nicht anders möglich, als die gefundenen Diplokokken als Gonokokken aufzufassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nierenerscheinungen blennorrhagischen Ursprungs, von BALZER und JACQUINET. (*La Sem. méd.* 1893. No. 52.) Unter 777 Fällen von Gonorrhoe fanden die Verfasser 116 mal Albuminurie von 3—4 Tagen Dauer, und zwar meistens in den mit Epididymitis und Cystitis komplizierten Fällen. Dieselbe kann auf zwei Arten entstehen: 1. Durch lokale aufsteigende Infektion durch Blase, Ureter, Nierenbecken. Ob man es mit einer reinen Gonokokkeninfektion oder einer Mischinfektion zu thun hat, ist noch nicht zu entscheiden, da noch die Frage nach dem Erreger der Cystitis nicht definitiv gelöst ist. 2. Die Albuminurie entsteht durch Allgemeininfektion, eine Folge der Stoffwechselprodukte der Gonokokken. Je gröſser der Bezirk der Entzündung — Epididymitis, Cystitis —, desto heftiger die Allgemeininfektion. Den verschiedenen Entstehungsweisen entsprechen verschiedene klinische Bilder der Nephritis bei Gonorrhoe. Die Pyelonephritis tritt bei bestehender Cystitis mit erheblicher Störung des Allgemeinbefindens, Schmerzen in der Nierengegend, Appetitmangel, Brechneigung, Schüttelfrost etc. auf. Der reichlich eiweiſshaltige Urin sondert sich beim Stehen in

eine obere klare und untere dickeitrige Schicht. Gonokokken, Bacterium coli commune, Streptokokken, zahlreiche weiſse, einige rote Blutkörperchen sind in ihm zu finden; er reagiert, frisch entleert, sauer, zersetzt sich aber schnell. Die Nephritis als Ausdruck der Allgemeininfektion ist oft so leicht, daſs sie keine Erscheinungen macht; der Eiweiſsgehalt ist gering, die Dauer eine kurze, es giebt aber auch schwerere Formen. Die Prognose ist besonders in den Fällen, in denen die Nephritis eine „paragonorrhoische" Erkrankung darstellt, eine gute. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Komplikationen der Gonorrhoe, insbesondere einen Fall von geheilter, akuter, metastatischer Irido-Choroiditis, von Jahn. (*Inaug.-Dissert.* Berlin 1893.) Verfasser berichtet einen Fall eitriger Irido-Choroiditis, der vier Wochen nach einer schweren gonorrhoischen Infektion auftrat und vier Monate bis zur Heilung dauerte. Den Zusammenhang deutet Verfasser so: Die Gonokokken gelangen in die Venen oder Lymphwege und dann ins Herz; hier erzeugen sie eine vielleicht nur wenig ausgesprochene Endocarditis. Auf dem Wege der embolischen Verschleppung kommen sie zu entfernten Körperteilen, wo sie ihre Wirkungen entfalten, selbst aber untergehen, so daſs man sie bei Untersuchungen nicht findet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der Conjunctivitis blennorrhoica von Prof. Dr. Burchardt. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* November 1893.) Verfasser verwirft die kalten Umschläge und die Ätzung, legt vor allem Wert auf gründliche Reinigung des Bindehautsackes mit lauwarmen Spülungen mit $1/6$ %iger, später $1/10$ %iger Höllensteinlösung; bei reichlicher Eiterung wird eine Reinigung mit 5 %iger Chlorwasserlösung vorausgeschickt. Man stellt sich hinter den Patienten, biegt seinen Kopf zurück, ein Gehülfe gieſst die Lösung in den innern Augenwinkel, während man durch passende Bewegung der Lider (das untere von unten nach oben, das obere seitlich) die Reinigung besorgt. Nach höchstens einer Minute ist dasselbe besorgt. Faserstoffauflagerungen auf der Bindehaut werden mit Watte entfernt. Die Spülung wird wenigstens viermal täglich gemacht; in den Zwischenzeiten läſst man Umschläge mit lauer 5 %iger Chlorwassermischung machen. Der Schutz des gesunden Auges wird durch eine Spülung mit $1/10$ %iger Höllensteinlösung bewirkt; ein Schutzverband ist überflüssig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hyperakutes präpatellares Hygrom gonorrhoischen Ursprungs. Duplay stellte im Charité Hospital (Paris) einen 31jährigen Bäcker vor, welcher Syphilis und Gonorrhoe durchgemacht hatte. Bei demselben stellten sich plötzlich heftige entzündliche Erscheinungen ein mit Schwellung, Rötung und intensiver Schmerzhaftigkeit der rechten Kniescheibengegend. Obgleich der Beruf des Patienten zur Bildung von Schleimbeutelentzündungen zumal dieser Region disponiert, steht D. nicht an, die Affektion hier, angesichts des stürmischen Verlaufes, mit der vorangegangenen Gonorrhoe in Zusammenhang zu bringen. Absolute Ruhe und Antiphlogose verhinderten die Suppuration. (Nach *Rif. med.* 1893. No. 204.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Ein Beitrag zur Arthritis blennorrhoica, von Heinrich Hoeck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 41.) Der Beweis des Zusammenhanges des sog. Tripperrheumatismus und der Gonorrhoe erfordert den morphologischen und kulturellen Nachweis des Gonococcus. Die Komplikation der Gonorrhoe mit Gelenkerkrankungen ist sicher nicht selten; interessanter noch ist das Zusammentreffen der letzteren mit der Blennorrhoea neonatorum, wie es Deutschmann und Lindemann mitgeteilt haben. Einen gleichen Fall teilt Verfasser mit, bei dem auch aus der Punktion gewonnenen Flüssigkeit Gonokokken-Kulturen erzielt wurden. In einem weiteren Falle, der klinisch auch den Zusammenhang von Blennorrhoea neonatorum und Gelenkaffektionen zeigte,

war keine bakteriologische Untersuchung vorgenommen worden. In der niederösterreichischen Findelanstalt sind unter 175—200 Fällen von Augenblennorrhoe nur zweimal Gelenkerkrankungen beobachtet, in beiden aber der bakteriologische Nachweis nicht geführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Arthritis blennorrhoica, von JOSEF SOBOTKA. (*Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 48.) Der Befund von Gonokokken in den Trippermetastasen, die Züchtung derselben in Reinkultur beweisen sicher den Zusammenhang derselben mit der Gonorrhoe. Wenig Mitteilungen liegen vor über Metastasen nach der Blennorrhoea neonatorum, die ja mit der Gonorrhoe ätiologisch zu identifizieren ist. Jüngst haben DEUTSCHMANN und LINDEMANN darüber berichtet. Verfasser giebt jetzt einen hierher gehörigen Fall wieder: Bei einem an Blennorrhoea neonatorum leidenden Kinde traten an der ulnaren Seite des linken Handgelenkes, am rechten Fufsgelenk Schwellungen auf, und es kam zu periartikulären Abscessen; später gesellten sich weitere entzündliche Erscheinungen an anderen Gelenken und Knochen hinzu. In dem entleerten Eiter fanden sich Diplokokken, die sich nach GRAM entfärbten. Züchtungsversuche wurden nicht gemacht. Das Kind wurde geheilt, nur Cornealnarben blieben zurück. — Verfasser erachtet es, trotz fehlender Reinkulturen, für erwiesen, dafs Gonokokken die Urheber dieser multiplen Abscedierungen waren. *Jessner-Königsberg i. P.*

Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen Fall von Arthritis gonorrhoica, von R. STANZIALE. (*Gaz. de Ospit.* 1893. No. 18.) Dieselben ergaben: 1. Vorhandensein eines serös-fibrinösen, nicht purulenten Exsudates. 2. In dem Exsudate konnten weder NEISSERsche Gonokokken, noch andere Mikroorganismen nachgewiesen werden; ebenfalls erwies sich dasselbe 3. als nicht pathogen für die menschliche Urethra und für die gewöhnlichen Versuchstiere (Meerschweinchen, Kaninchen). 4. Im Blute der Umgebung des affizierten Gelenkes fehlten die Gonokokken ebenfalls. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Frühzeitige Gelenkresektion zur Verhütung einer gonorrhoischen Ankylose, von P. THIÉRY. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 782.) Bei einem 34jährigen Menschen, bei dem schon nach 18tägigem Bestand eines Tripper-Rheumatismus das Ellenbogengelenk zu ankylosieren begann, hat T. das Olekranon und einen grofsen Teil der Synovialhaut entfernt und das Gelenk alsdann mit 5%iger Chlorzinklösung ausgewischt. Der Erfolg war ein sehr befriedigender. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe beim Manne, von A. KOLLMANN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. Nr. 47.) Das Resumé des Verfassers ist folgendes: Wo die Gonokokkenuntersuchung positive Resultate giebt, hat sie sicherlich einen grofsen Wert. Da diese Untersuchungsmethode aber, wie NEISSER selbst bekennt, oft schwer und unvollkommen ist, und da auch aufserdem Fälle existieren, in denen Gonokokken nicht gefunden werden, obgleich die Sekrete noch infektiös sind, so darf sie niemals die einzige Methode sein, auf die man sich bei der Diagnosenstellung zu verlassen hat. Neben ihr müssen auch alle anderen physikalisch-diagnostischen Methoden berücksichtigt werden, und unter diesen nimmt die endoskopische unstreitig einen wichtigen Platz ein; denn über die Existenz unzweideutiger, im Endoskop sichtbarer gonorrhoischer Schleimhautveränderungen kann ein Zweifel nicht herrschen. Aufserdem ist aber auch nur durch sie allein die Möglichkeit gegeben, die Gonorrhoediagnose lokal genauer abzugrenzen, und somit auch eine präzisere, lokale antibakterielle und chirurgische Therapie durchzuführen.

Die Urethritis posterior scheint durchaus nicht so häufig zu sein, als man

gewöhnlich glaubt; wenigstens mufs Verfasser nach den Ergebnissen eigener daraufhin gerichteter Untersuchungen annehmen, dafs in den meisten der von ihm geprüften Fälle subakuter und chronischer Gonorrhoe lediglich eine Erkrankung der Urethra anterior vorlag.

Die beste Methode zur Verhütung der aus den gonorrhoischen Infiltraten sich allmählich hervorbildenden Striktur ist die von OBERLÄNDER angegebene, welche in systematischen Dehnungen mit aufschraubbaren Instrumenten besteht. — Bei der Endoskopie der männlichen Harnröhre sind nur mit der NITZE-OBERLÄNDERschen Methode in jeder Beziehung brauchbare Resultate zu erhalten. Wie hell die von ihr erzielte Beleuchtung ist, beweist schon der Umstand, dafs es dem Verfasser gelang, das Harnröhreninnere von lebenden Menschen dabei photographisch aufzunehmen.

L. Hoffmann-Berlin.

Zur Behandlung der Gonorrhoe, von ROB. ASCH. (*Centralbl. f. Gynäk.* 1893.) Die Hauptschwierigkeit in der Therapie der Gonorrhoe des Weibes liegt in der Notwendigkeit, keine erkrankte Stelle zu übersehen, dem Virus keinen Schlupfwinkel zu lassen. Lieber gesunde Teile mitbehandeln, als nur einen Teil des Erkrankten berücksichtigen. Das Prinzip mufs also dabei sein, die gesunde Schleimhaut erhalten und die Gonokokken vernichten. Neben den BARTHOLINIschen Drüsen sind es vor allem die Urethra und der Uterus, die eine längere Behandlung erfordern. Für den Uterus verwendet Verfasser nur Salben aus Lanolin, Glycerin und Wasser, die er mit einer grofsen, der BRAUNschen ähnlichen Spritze injiciert, deren Ansatz ein Celluloidbougie mit seitlicher einfacher Öffnung ist; dasselbe kann nach Bedarf biegsam, starr oder elastisch gemacht werden. Das Vorstofsen der Spritze geschieht mittelst eines Schraubengewindes, die Applikation der Salbe alle 3—4 Tage. Die Urethra wird mit häufigen Injektionen wässeriger Lösungen behandelt; die Spritze hierzu enthält 5—10 g, die in 2—3 Portionen injiciert werden, hat einen stumpfen, bezw. olivenförmigen Ansatz mit weiter Öffnung. Diese Einspritzungen können auch von den Patientinnen selbst gemacht werden. Als Medikament dient Alumnol (naphtolsulfosaures Aluminium); dasselbe vernichtet die Gonokokken, reizt nicht die Gewebe, fällt Eiweifs nur mäfsig; die Fällung soll sich zudem in einem Überschufs von Eiweifs wieder lösen. Es werden 0,5%—1%—2%ige Lösungen benutzt; zur Salbe 5%ige. Zum Ätzen von Krypten dienen 10—20%ige Lösungen, zur Blasenausspülung ¼%ige; die schwächeren Lösungen werden jedesmal zum Gebrauche hergestellt. Als Salbe dient:

Alumnol		7,5
Lanolin		100,0
Aq. dest.		
Glycerin	āā	25,0
Mf. ung.		

Die Erfolge sind gut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Trippers, von GUIARD. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 422.) Entgegen der Gepflogenheit in Deutschland war G. bisher gewöhnt, bei einem frischen Tripper in den ersten Wochen das antiphlogistische Verfahren anzuwenden, d. h. eigentlich so gut wie nichts zu thun. Er liefs seine Patienten, wenn angängig täglich, ein verlängertes Vollbad von 45—60 Minuten Dauer nehmen und sie dazu in 24 Stunden 5—6 grofse Gläser Leinsamenthee, Limonade oder Wasser trinken; das Getränk war mit Natron bicarbon. (6,0—8,0 für jeden Tag) vermischt; daneben Diätvorschriften. Nach 14 Tagen bis 3 Wochen, wenn die Gonokokken „ausgetobt" hatten, wenn der Schmerz nachliefs und der Ausflufs seröser wurde, begann die Behandlung mit Balsamicis und Adstringentien. G. will mit diesem Verfahren, das er übrigens auch bei veralteten Fällen anwendet, recht zufriedenstellende

Ergebnisse erzielt haben. Er vertritt dabei die Ansicht, dafs der Gonococcus, wenn er sich in der Harnröhre häuslich niederläfst, daselbst einen bestimmten Vorrat von Nährstoffen antrifft, die erst aufgezehrt sein müssen, bevor er zu Grunde geht: „qu'il y trouve un stock de provisions, qu'il doit nécessairement épuiser, avant que la guérison puisse être obtenue.“ Ihn von vornherein mit scharfen Mitteln anzugreifen, ist daher nicht richtig und so häufig auch erfolglos. — Die Einwände, die man seinem Vorgehen machen kann, wiederholt GUIARD selber, ohne sie freilich zu widerlegen.

Nun ist aber neuerdings in Frankreich eine neue Behandlungsweise des Trippers aufgekommen, die nach G. sehr achtungswerte Erfolge liefert; dieselbe besteht in ausgiebigen Ausspülungen der erkrankten Harnröhre mit schwachen Lösungen von Kalium permang. (1,0 : 5000,0). REVERDIN soll sie zuerst eingeführt haben.

G. nimmt etwa alle 20 Stunden eine Ausspülung vor und läfst jedesmal ein Liter Flüssigkeit von 45° Wärme durchfliefsen. Er bedient sich dazu der ESMARCHschen Dusche. Da das Verfahren, namentlich in frischen Fällen, recht schmerzhaft ist, so thut man gut, im Anfang zu kokainisieren. Auch läfst G. in der ersten Zeit nur die vordere Harnröhre von der Flüssigkeit durchströmen, während er später die Lösung in die Blase fliefsen läfst; der Patient harnt sie alsdann wieder aus. Die nächste Folge der Ausspülung ist ein mäfsiges Brennen, das an zwei Stunden anhält und nach jeder Sitzung schwächer wird. Man kann dann eine Lösung von 1,0:2000,0 anwenden. 8—10 Stunden nach den ersten Einspritzungen sind die Gonokokken im Ausflufs wesentlich vermindert, in seltenen Fällen sogar verschwunden; freilich kehren sie, wenn nichts weiter geschieht, bald in grofser Zahl wieder, bleiben aber bei fortgesetzter Behandlung bald endgültig weg. Im allgemen erzielte G. in 10—20 Tagen Heilung.

Bei Urethritiden, deren Ausflufs völlig bacillenfrei ist, läfst auch dieses Verfahren im Stich. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Gonorrhoe, von JONATHAN HUTCHINSON. (*Kansas City Med. Index,* aus *The St. Louis Med. and Surgic. Journ.* August 1893.) Die Behandlung besteht: 1. in Injektionen einer Chlorzinklösung (2 Gran auf 1 Unze); 2. in innerlichen Gaben von Sandelölkapseln; 3. in Purgantien am Abend gleichzeitig mit Bromkalium. Namentlich im Beginn bei sehr akutem Tripper sollte man stets auf hinreichende Entleerungen des Patienten sehen und mit der lokalen Behandlung sich abwartend verhalten. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Kasuistische Mitteilungen, von JESSNER. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 72.) Verfasser beobachtete das halbseitige Ergrauen des Kopfhaars, der Augenwimpern und Brauen bei einem schwächlichen hysterischen Mädchen, das schon früher an Krämpfen gelitten hatte: jetzt hatte sie eine hysterische Hemianästhesie derselben Seite.

Ferner sah er einen Fall von Erythema exsudativum multiforme, der mit mehrtägigem Inkubationsstadium unter dem Bilde einer akuten Infektionskrankheit verlief. *F. Hahn-Bremen.*

Décollement der Haut, von H. KOCH. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 16.) Ein zwei Jahre alter Knabe hatte durch Überfahren ein Décollement der Haut am

rechten Unterschenkel und am linken Oberschenkel erlitten. An ersterer Stelle war die Haut in toto von ihrer Unterlage abgerissen; Heilung unter Kompressionsbinde in acht Tagen. Am linken Bein betraf das Décollement die Haut des ganzen Oberschenkels, hinten bis zur Mitte der Wade herabreichend; dazu bestand eine der Schenkelbeuge parallel laufende, von der Mitte der Vorderseite bis zur Mitte der Hinterseite laufende, tiefe klaffende Wunde. Es hatte sich eine kolossale Tasche gebildet. Die dickeren Hautteile heilten anstandslos an, die dünneren, nahezu die Hälfte des Oberschenkels betreffend, gangränescierte. Die Deckung wurde erreicht 1. durch Verschiebung zweier Hautlappen vom Gesäfs, 2. durch Einschwenken eines 12 : 6 cm grofsen Lappens von der Bauchhaut, 3. durch Thierschsche Transplantation. — Die Heilung erfolgte, ohne Funktionsstörung zurückzulassen, in neun Wochen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Transplantation mit Taubenhaut, von N. B. Aldrick. (*Boston. Med. and Surg. Journ.* XXVIII. 1893. No. 14.) Die Thierschsche Transplantation gewinnt durch die Notwendigkeit der Narkose den Charakter einer grofsen Operation. Durch die Benutzung von Taubenhaut wird das Ganze zu einer höchst einfachen Prozedur. Verfasser benutzte zuerst die Haut junger Tiere, bei denen die Federn noch nicht herausgekommen waren; dieselbe wurde auf eine granulierende Fläche gebracht; das Resultat war ganz zufriedenstellend. Ein anderes Mal wurde die Haut erwachsener Tiere genommen; diese wurden getötet, in warme Borsäurelösung gelegt, dann gereinigt. Die entfernte Haut kam in warmes steriles Wasser und aus diesem auf die Wundfläche; Guttapercha, darüber in warme Borsäurelösung getauchte Kompressen; Verband. 40 Stunden später Abnahme des Verbandes, Beseitigung von Eiter und gangränösen Hautfetzen; Gaze, Borwatte, Binden. Nach je 48 Stunden Verbandwechsel; später Verband mit Borvaselin. — Das Resultat ist dem durch das Thierschsche Verfahren erzielten ebenbürtig und dabei leicht zu erreichen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Geschichte des Glasdrucks als diagnostisches Hilfsmittel für die Untersuchung der Haut, von O. Liebreich. (*Therap. Monatsh.* 1893. Heft 11.) Verfasser nimmt für sich die Priorität der praktischen Anwendung des Glasdrucks für die Hautuntersuchung in Anspruch. Erfunden wurde die Methode 1875 von Ludwig für physiologische Zwecke; 1891 machte Verfasser darauf aufmerksam, dafs auch pathologische Veränderungen bei Glasdruck schärfer erkannt werden können. Seit mehr als zwei Jahren bedient sich Saalfeld dieses Verfahrens. Er selbst wendet den Glasdruck dauernd an bei der Lupusbehandlung, um sich von den Fortschritten der Einwirkung der cantharidinsauren Salze auf den Lupus zu überzeugen.

L. Hoffmann-Berlin.

Pezzer berichtet (*Ann. des mal. des org. gen-urin.* 1894. No. 1.) „über gewisse **durch das Velocipedfahren hervorgerufene Verletzungen** und besonders über die Dammverletzungen, welche durch den Sattel des Velocipedes verursacht werden“.

Während der Benutzung des Velocipedes werden alle Weichteile, welche zwischen den Darmbeinen, dem Steifsbein und Schambein liegen, mehr oder weniger gedrückt. Der Druck wirkt hauptsächlich auf die verschiedenen Organe, welche den Damm bilden: Haut, After, Muskeln, Venen und Nerven bei beiden Geschlechtern — auf den Harnröhrenkanal beim Manne, auf die Vulva beim Weibe. Diese Wirkung ist individuell verschieden, nach der Dicke der Weichteile und ihrer Festigkeit, welche wieder auf dem gröfseren oder kleineren Reichtum des Fettpolsters und der Entwickelung der Muskulatur beruht; endlich kommt die Entfernung der Darmbeine in in Betracht. Die Erklärung liegt in folgendem: Sitzt man auf dem Sattel eines Velocipedes, so nähern sich die beiden Sattelhälften, welche zwischen den Schenkeln eingeengt sind, nach der Art eines sich schliefsenden Buches, jetzt sucht der enge,

vorspringend gewordene Sattel den Damm gegen das Innere des Beckens zu drängen. Die Weichteile werden dann direkt durch den Sattel komprimiert und indirekt gegen die Innenseite der Darmbeine und die Damm-Aponeurosen. Also je dicker und widerstandsfähiger die Haut und das Unterhautzellgewebe, desto mehr sind die darunter liegenden Teile geschützt; je kleiner der Zwischenraum zwischen den beiden Darmbeinen, desto weniger kann der Sattel nach der Tiefe der Weichteile seinen Stofs ausüben, je gröfser dieser Zwischenraum, desto leichter kann der Druck nach der Innenfläche der Darmbeine stattfinden. Die schädlichen Wirkungen äufsern sich jedoch nur bei wenigen Personen. Eine Anzahl dieser Schädigungen führt Pezzer an.

1. Oberflächliche Verletzungen. Sie kamen hauptsächlich bei Frauen vor. Sie betreffen vorzugsweise die grofsen Schamlippen und die Harnröhre. Pezzer beschreibt einen Fall, in welchem Harndrang, Vergröfserung der Labien, Anschwellung und Verfärbung derselben, sowie leichte, gonokokkenfreie Sekretion sich vorfanden. In einem zweiten Falle bestand neben Verdickung und Verhornung der Schamlippen Juckreiz, in einem dritten Falle war sehr lebhafter Harndrang das auffälligste Zeichen. Ruhe brachte baldige Heilung.

2. Venenverletzungen. Zwei Fälle werden angeführt, in welchen die Hämorrhoidalvenen, sei es durch Reibung, sei es durch Druck, eine ungünstige Einwirkung durch das Bicycle erlitten. Einmal kam es zu einer heftigen Blutung, ein anderes Mal bildete sich um den Anus ein schmerzhafter Wulst. Ferner entstehen leicht durch venöse Stauung Erektionen. Durch den Druck des Sattels können auch Kongestionen in der Prostata sich ausbilden, Urinverhaltung folgt darauf (zwei Fälle).

3. Verletzungen der Nerven. Der Druck, den die Verästelungen des Nervus pudenduus internus erleiden, erzeugte in zwei Fällen eine völlige Unempfindlichkeit der Teile, die beim Sitzen in Betracht kommen. Diese Anästhesie war nur vorübergehend.

4. Verletzungen der Harnröhre. Schon Millée hat sieben Fälle von Urethritis durch Velociped entstehen sehen, auch Pezzer schildert einen Fall, in welchem nach einer anscheinend geheilten Blennorrhagie Reizungen des Blasenhalses durch das Velociped hervorgerufen wurden. Schwerere Harnröhrenverletzungen hat Guyon beobachtet und dem Verfasser zur Veröffentlichung überlassen. So entwickelte sich aus der chronischen Gonorrhoe eines eifrigen Velopedisten ein Urinabscefs mit Striktur, Dammfistel. Die Urethrotomia externa brachte Heilung. Zwei Velocipedfahrer erlitten durch Rittlings-Auffallen einen Riss der Harnröhre. Verengerung, Abcefs und Fistel folgten; Heilung durch Urethrotomia externa. Weiter wird ein Fall geschildert, in welchem nach Bruch der Sattelfeder der Velocipedist durch Auffallen auf die Stahlstütze eine Zerreifsung der Harnröhre erlitt. Urinretention folgte; die Urethrotomia externa ward zur Heilung nötig.

Endlich wird noch erwähnt, dafs eine junge Frau mit einer Wanderniere seit der Zeit, da sie mit ihrem Bicycle einen Anprall erfuhr, die Niere durch die Bauchwand hindurch fühlen kann. *Neuhaus-München.*

---

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Wien, 24. bis 30. September 1894.

Die Herren Prof. Dr. M. Kaposi, Privatdozent Dr. H. Paschkis, Privatdozent Dr. E. Finger haben die Vorbereitungen für die **Abteilung No. 30, Dermatologie und Syphilis** übernommen, und laden zur Beteiligung an den Arbeiten derselben ein.

Vorträge und Demonstrationen müssen vor Ende Mai angemeldet werden, da den allgemeinen Einladungen, welche Anfangs Juli versendet werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beiliegen soll.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. | №. 11. | 1. Juni 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Die spezifische Färbung des Kollagens.

Von

P. G. Unna.

Mit dem Aufsatze: „Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus", im XII. Bande *dieser Zeitschrift* habe ich die Veröffentlichung einer Reihe von Artikeln[1] begonnen, welche die Färbemethoden der einzelnen Hautbestandteile zum Gegenstande haben, deren ich mich bei Abfassung meiner *Histopathologie der Haut*[2] bediente. Eine eingehendere Besprechung der Histotechnik der Haut lag nicht im Plane jenes Buches, und so konnte ich daselbst nur im Vorworte auf die diesbezüglichen Publikationen in *dieser Zeitschrift* hinweisen, welche mithin eine notwendige Ergänzung zu jener Arbeit bilden.

Die kollagene Substanz bildet einen so hervorragenden Bestandteil der Haut, daſs eine genaue Durcharbeitung ihrer histologischen Veränderungen ohne Anwendung spezifischer Tinktionen undenkbar ist. Trotzdem verfügten wir bisher — mit Ausnahme einer in letzter Zeit von Benèke angegebenen Jodmethode — nicht über solche. Es rührt diese bemerkenswerte Lücke einerseits daher, daſs den Intercellularsubstanzen überhaupt nur ein untergeordnetes Interesse entgegengebracht wurde, andererseits aber auch von dem Umstande, daſs eine Mitfärbung des kollagenen Gewebes bei den üblichen Kontrastfärbungen kerngefärbter Präparate mit sauren Farbstoffen (Eosin, Pikrinsäure) stets erzielt wurde, welche über die Verteilung desselben einen ungefähren Überblick gestattete

[1] 1. Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII. pag. 296. — 2. Die Färbung der Mikroorganismen im Horngewebe. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. pag. 225, 286, 400. — 3. Zur Färbung der Rotzbacillen im Hautknoten und überhaupt schwierig färbbarer Bacillen, welche weder jod- noch säurefest sind. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVI. pag. 109. — 4. Zum Nachweise des Fibrins in den Geweben, speziell in der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVI. pag. 331. — 5. Eine neue einzeitige Doppelfärbung für Lepra- und Tuberkelbacillen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVI. pag. 399. — 6. Natürliche Reinkulturen der Oberhautpilze. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XVIII. pag. 257.

[2] Unna, *Die Histopathologie der Haut.* Hirschwald, Berlin. 1894.

und den Mangel von wirklich spezifischen Färbungsmethoden nicht so fühlbar machte. Zweifellos genügt aber eine solche diffuse Mitfärbung absolut nicht, wo feinere Fragen ihrer Lösung harren, wo beispielsweise die Grenze zwischen Zellprotoplasma und Kollagen oder die partielle Degeneration von kollagenen Fasern studiert werden soll.

Eine spezifische Färbung des Kollagens beobachtete ich vor mehreren Jahren zum ersten Male an Hautschnitten, welche mit verschiedenen Sulfosalzen der Triphenylmethanfarben gefärbt waren. Indem ich diese Wahrnehmung verfolgte, zeigte es sich, daſs die ganze Klasse von Farbstoffen (Säuregrün, Säurefuchsin, Säureviolett, Alkaliblau, Bayrischblau, Wasserblau etc.) eine besondere Verwandtschaft zum kollagenen Gewebe besitzt, so daſs es leicht gelingt, derartig konstituierte Farbsalze auf dem kollagenen Gewebe zu fixieren und gleichzeitig das Nuklein, ja selbst das Protoplasma in Kontrastfärbung darzustellen. Zu dieser Methode der Sulfosalze gesellte sich vor zwei Jahren eine Methode ganz anderer Art, nämlich die Färbung des kollagenen Gewebes mittelst neutralen Orceïns (Grübler); sie ist vielleicht die einfachste Kollagenfärbung überhaupt und vielfachster Verwendung fähig. Mittelst dieser beiden Methoden sind die Resultate über normales und pathologisches Verhalten in meiner Histopathologie gewonnen. Erst als dieses Werk schon beendigt war, Anfang 1894, erhielt ich Kenntnis von einer kürzlich erschienenen Arbeit von Beneke, in welcher derselbe eine Jodpararosanilinmethode zur Darstellung des kollagenen Gewebes mitteilt. Ich habe diese dritte Methode ebenfalls versucht und bewährt gefunden und werde in folgendem die Technik der drei bisherigen Methoden der Kollagendarstellung besprechen und nähere Angaben über die Grenzen ihrer Anwendbarkeit machen.

I. Orcein-Methode.

Die einfachste Methode, welche daher als Hauptmethode zu bezeichnen ist, besteht in einer Vorfärbung mit polychromem Methylenblau und einer differenzierenden Nachfärbung mittelst einer neutralen Orceïnlösung. Die vorzüglichen tinktoriellen Eigenschaften des von Grübler dargestellten Orceïns sind durch die Elastindarstellung mittelst einer sauren Lösung dieses Farbstoffes allgemein bekannt geworden. Ebenso wird es allen Kollegen, welche die letztere versucht haben, aufgefallen sein, daſs auſser dem Elastin auch das Kollagen eine — weit zartere — rötlich-bräunliche Färbung annimmt, deren Stärke dem Säuregehalt der Lösung umgekehrt proportional ist. Diese Erfahrung führte mich dazu, durch Fortlassung der Säure das Grüblersche Orcein für eine spezifische Kollagenfärbung brauchbar zu machen. Da dasselbe in Wasser unlöslich ist, so benutzte ich eine 1%ige, dunkelrotbraune Lösung in absolutem Alkohol, welche in der That sehr rasch eine reine Färbung des kollagenen

Gewebes ohne Hervortreten der elastischen Fasern bewirkt. Bei nicht zu langer Einwirkung behält auch das Protoplasma und Nuklein die ihnen vorher gegebene Methylenblaufärbung, so daſs durch diese bequeme Doppelfärbung überhaupt ein sehr gutes Übersichtsbild erzielt wird.

Man läſst die aus alkoholgehärtetem Material gefertigten Schnitte fünf Minuten in einem Schälchen der konzentrierten Grüblerschen Lösung des polychromen Methylenblaus, spült dieselben in Wasser ab und überträgt sie direkt — etwa 15 Minuten lang — in die neutrale, spirituöse Orceinlösung, in welcher sie gleichzeitig umgefärbt, differenziert und entwässert werden. Nachdem sie noch einmal in absolutem Alkohol abgespült sind, kommen sie in Bergamottöl und Balsam.

Man findet dann alle Kerne des Epithels und Bindegewebes noch dunkelblau gefärbt, das Protoplasma der Epithelien und gewöhnlichen Bindegewebszellen hellblau oder bei etwas längerer Einwirkung des Orceins bläulich mit einer leichten Beimischung von Orceinfarbe. In starkem Gegensatz dazu ist alles kollagene Gewebe tief orceinrot gefärbt; besonders zwischen Papillarkörper und Oberflächenepithel, sowie zwischen der Stachelschicht des Haarbalges und dessen Membranen ist die Grenze äuſserst scharf, und auch die feinsten Bindegewebsfasern treten deutlich in Orceinfarbe hervor. Die elastischen Fasern sind auch vom Orcein gefärbt, heben sich aber nicht scharf vom kollagenen Gewebe ab (wie bei der Färbung mit saurem Orcein). In vorzüglichem Gegensatze zum Bindegewebe dagegen sind die Hautmuskeln bläulich mit einer leichten Beimischung von Orceinfarbe gefärbt. Auch für die Mastzellen ist das Orcein ein vorzügliches Entfärbungsmittel. Die tief karminrote Körnung derselben, den methylenblauen Kern einhüllend, hebt sich äuſserst scharf von dem umgebenden orceinroten Bindegewebe ab. Die Methode liefert eine der bequemsten und schönsten Darstellungen der Mastzellen überhaupt. Alles stark körnige Protoplasma, speziell das der Plasmazellen, bleibt bei der angegebenen Entfärbung stark methylenblau gefärbt. Daher lassen sich auch die Plasmazellen besonders leicht mittelst dieser Methode darstellen.[3] Das Keratohyalin der Körnerschicht ist blau gefärbt, ohne in spezifischer Weise hervorzutreten. Die basale und superficielle Hornschicht ist dunkelblau gefärbt, während die mittlere bis zu einem gewissen Grade die Orceinfarbe ebenfalls annimmt. Die verhornte Wurzelscheide des Haares erscheint tief dunkelblau (Huxleys und Henles Schicht), während der Haarschaft kaum gefärbt ist.

Was die Färbung des kollagenen Gewebes anlangt, so ist dieselbe um so schärfer und zeigt um so reineren Orceinton, je besser der fibrilläre Charakter ausgeprägt ist. Am intensivsten gefärbt sind die dicksten

[3] In der Arbeit über Plasmazellen ist daher diese Methode, und zwar zum ersten Male erwähnt.

kollagenen Balken, aber auch die feinen Fibrillen des Papillarkörpers treten bei genügender Einwirkung des Orceins gut hervor. Alle pathologischen Veränderungen des Kollagens kündigen sich durch eine geringere Neigung an, die Orceinfärbung anzunehmen, und die Grenze zwischen normalem und abnormem Kollagen tritt mit wünschenswerter Schärfe hervor. Etwas weniger gut ist die Charakteristik des platten- und schleierförmigen Bindegewebes. Diese Formen des Kollagens behalten gewöhnlich einen Rest des Methylenblaus und erscheinen dann in einer Mischfarbe, welche besonders die Abgrenzung gegen das Zellprotoplasma erschwert.[4]

Die Entfärbung der lockeren, mittleren Hornschicht, beispielsweise auch der die Haarbalgtrichter auskleidenden Hornmasse, bringt es mit sich, dafs die durch basisches Methylenblau gut färbbaren Hornorganismen (Flaschenbacillen, verschiedene Kokkenarten) sehr gut hervortreten.

Nach dem Gesagten empfiehlt sich die Methylenblau-Orceinfärbung zur Darstellung des kollagenen Gewebes hauptsächlich durch folgende Momente:

1. Sie ist leicht und rasch auszuführen und erfordert nicht die mindeste Übung.

2. Sie giebt ein vorzügliches Übersichtsbild des Kollagens mit gleichzeitiger Kernfärbung und mäfsig guter Protoplasmafärbung.

3. Sie giebt eine ausgezeichnete Mastzellenfärbung.

4. Sie ist eine der vielen, guten Methoden, um Plasmazellen darzustellen.

5. Die glatten Muskeln heben sich scharf vom Bindegewebe ab.

6. Pathologische Veränderungen des kollagenen Gewebes geben sich durch Änderung der Farbenreaktion zu erkennen.

7. Viele Hornorganismen werden gleichzeitig dargestellt.

Die Grenze ihrer Anwendung findet diese Methode dort, wo es auf Untersuchung des nicht fibrillären Bindegewebes und auf scharfe Unterscheidung des nicht körnigen Protoplasmas vom kollagenen Gewebe ankommt.

II. Methode der Sulfosalze.

a) Säurefuchsin-Pikrin-Methode[5].

Die spezifische Verwandtschaft der Sulfosalze der Rosanilinfarben zum kollagenen Gewebe vorausgesetzt, liegt es am nächsten, den Versuch zu machen, die isolierte Färbung des letzteren durch basische Kernfärbungen

[4] Aus diesem Grunde habe ich ausdrücklich die hier besprochene einfache Methylenblau-Orceinmethode nicht zum Studium des Protoplasmas im allgemeinen empfohlen.

[5] Diese Methode darf nicht verwechselt werden mit der Säurefuchsin-Pikrin-Methode von van Gieson für das Zentralnervensystem, mit welcher ich neuerdings durch eine Arbeit von Ernst bekannt wurde; in derselben wirken beide Farbstoffe gleichzeitig ein. Ich fand dieselbe für den hier vorliegenden Zweck nicht empfehlenswert.

herbeizuführen. Diese Versuche scheitern jedoch für das Säurefuchsin an seiner bedeutenden Empfindlichkeit gegenüber allen basischen Farben. Dagegen hat mir die Differenzierung mittelst Pikrinsäure ein gutes Resultat ergeben. Durch die stark saure Reaktion der Pikrinsäurelösung wird die vorhergehende Säurefuchsinfärbung einerseits fixiert und verstärkt, überall wo dieselbe durch eine besonders starke Verwandtschaft gefesselt wird (Hornschicht, Hyalin, Kollagen), andererseits durch Pikringelb ersetzt, wo die Verwandtschaft eine geringere ist (Protoplasma, Haarsubstanz, Muskeln). Sehr bemerkenswert ist es auch, daſs durch die Succession dieser beiden sauren Farben eine isolierte Kernfärbung erzeugt wird, indem die Pikrinsäure das Säurefuchsin wohl aus dem Protoplasma, aber nur unvollständig aus den Kernen verdrängt. Das auf diese Weise entstehende Kernbild ist allerdings ein etwas anderes, als wir es durch die gewöhnlichen basischen Farben darstellen. Häufig trifft man, wie bei Hämatoxylinbildern, den Kernsaft gefärbt, sodann stets die Kernkörperchen und von den Chromatingerüsten eine sehr wechselnde Anzahl. Aber wenn diese Kernfärbung auch weniger zum Studium der Kerne dienen kann, so erleichtert sie doch, wie alle Kernfärbungen, die Übersicht der Schnitte.

Man bringt die aus in Alkohol gehärtetem Gewebe stammenden Schnitte 5 bis 10 Minuten in ein Schälchen mit 2%iger wässeriger Säurefuchsin-Lösung, spült sie darauf in Wasser ab und überträgt sie in ein Schälchen mit gesättigter wässeriger Lösung von Pikrinsäure. Hier findet Umfärbung des Protoplasmas statt, eine rote Wolke verläſst den Schnitt, welcher 1 bis 2 Minuten in der Lösung verweilt. Derselbe kommt darauf zuerst in absoluten Alkohol, welcher mit Pikrinsäure gesättigt ist zur Entwässerung. Auch hier giebt er im ersten Augenblicke noch etwas Säurefuchsin ab, doch bald nicht mehr und kann eigentlich beliebig lange ohne weitere Veränderung in dieser Flüssigkeit bleiben; es genügen aber zwei Minuten. Sodann wird er zur Entfernung der überschüssigen Pikrinsäure in absolutem Alkohol abgespült und kommt sodann in Öl und Balsam.

Der groſse Spielraum, welcher für den Aufenthalt der Schnitte in den drei Flüssigkeiten vorhanden ist, macht die Methode zu einer sehr bequemen, schon in den Händen des Anfängers vollkommen sicheren.

Mit Ausnahme der Hornschicht und Kerne, welche eine Zinnoberfarbe aufweisen, ist der Hautschnitt im ganzen dunkel karminrot gefärbt. Nur die Orte der protoplasmatischen Einsprengungen (Deckepithel, Knäuel, Follikel, Gefäſse) heben sich als gelbe Inseln von der roten Fläche ab. Bei stärkerer Vergröſserung gewahrt man allerdings, daſs auch die kollagenen Massen von zahlreichen kleinen, gelben Klumpen durchsetzt sind, den Bindegewebszellen, in denen wieder ein roter Kreis den Kern andeutet.

Die Scheidung zwischen Kollagen und Protoplasma ist sehr exakt, aber gewährt einen ungewohnten Anblick, da hier gerade die Intercellularsubstanz dunkel und der zellige Anteil hell gefärbt ist. Die Grenze des Kollagens gegen das Deckepithel und die epithelialen Anhangsorgane ist mit gröſster Schärfe gezeichnet, und auch die feineren Fasern heben sich dunkelrot von ihrer Umgebung ab. In dieser Beziehung übertrifft die Fuchsin-Pikrin-Methode noch die Methylenblau-Orcein-Methode; die feinsten Fasern und membranartigen Hüllen treten in ihren Konturen gefärbt hervor. Die glatten Muskeln zeigen eine ähnliche Differenz vom Kollagen wie dort, sie zeigen die gelbe Farbe des Protoplasmas und sind daher auch auf den ersten Blick kenntlich. Das Elastin teilt die Färbung des Kollagens und ist daher nicht gut zu verfolgen.

Als Vorteile der Methode möchte ich hervorheben:

1. Die intensive und genaue Färbung aller kollagenen Bestandteile der Haut.

2. Die scharfe Abgrenzung des Kollagens vom Protoplasma.

3. Die tintkorielle Differenz zwischen Kollagen und glatter Muskulatur.

4. Die — auch theoretisch interessante — Kernfärbung trotz der Tinktion mit lediglich sauren Farben.

Zur Gesamtübersicht eignet sie sich weniger gut, als die Methylenblau-Orcein-Färbung; sie zeigt keine Mastzellen und Plasmazellen, wie überhaupt die gleichzeitige Definierung der Zellen (und Kerne) viel zu wünschen übrig läſst; sie ist nicht zur Bakterienfärbung brauchbar.

Man wird sie also überall, wo es auf ein genaueres Studium der kollagenen Substanz ankommt, in zweiter Linie heranziehen.

b) Wasserblau-Saffranin-Methode.

Wasserblau[6] gestattet schon eher als Säurefuchsin eine Differenzierung mittelst basischer Kernfärbemittel; am besten eignet sich dazu, seiner geringen Verwandtschaft zum Kollagen wegen, das Saffranin.

Man läſst die Schnitte 20 Sekunden in einer 1%igen Lösung von Wasserblau im Wasser (ohne Säurezusatz), spült sie im Wasser ab und bringt sie auf 5 Minuten in eine 1%ige neutrale, wässerige Saffraninlösung. Sodann kommen die Schnitte in Wasser und weiter in absoluten Alkohol, bis sie wieder die blaue Farbe angenommen haben, sodann in Bergamottöl und Balsam.

Die Schnitte zeigen ein gutes Übersichtsbild, die kollagene Substanz himmelbau gefärbt, alle protoplasmatischen Teile hell violett mit karminroten Kernen, sowohl im Epithel, wie in den Bindegewebszellen, die Hornschicht und Wurzelscheide dunkelrot.

[6] Natron- (Ammonium-)salz der Triphenylros- (und pararos-)anilintrisulfosäure mit verschieden starken Beimischungen der entsprechenden disulfosauren Salze.

Die kollagenen Fasern sind bei dieser Methode hell und zart gefärbt, und scharfe Gegensätze zwischen Kollagen und Protoplasma, wie bei der Säure-Fuchsin-Pikrin-Methode, darf man hier nicht erwarten. Es ist allerdings nichts leichter, als die blaue Kollagenfärbung sehr intensiv zu gestalten,[7] aber bei allen derartigen Modifikationen der Methode wird auch das Protoplasma regelmäfsig mitgefärbt, so dafs man einen diffus blauen Schnitt mit reiner blauroter Kernfärbung erhält. Die Pikrinsäure, so sehr geeignet sie ist, das Säurefuchsin auf die kollagene Substanz zu beschränken, ist dem Wasserblau gegenüber machtlos und völlig unbrauchbar, da sie zu ganz unregelmäfsig begrenzten Grünfärbungen Anlafs giebt.

Die Wasserblaumethode mit Saffraninnachfärbung in obiger Form hat aber einen ganz anderen Vorteil. Die schwache Vorfärbung mit dem sehr echt färbenden sauren Wasserblau bedingt es, dafs die nachfolgende basische Färbung in sehr genauer Weise die basophilen Orte des Gewebes anzeigt. Daher tritt bei dieser Färbung jede einzelne basophile Faser von verändertem, z. B. senil degeneriertem Kollagen scharf aus ihrer Umgebung hervor. In dieser Empfindlichkeit für die Reaktion des kollagenen Gewebes allein liegt die besondere Bedeutung der Wasserblau-Saffranin-Methode und der Umstand, welcher ihr neben der intensiven Säurefuchsin- und der übersichtlichen Orcein-Methode einen dauernden Platz sichert. Sie fällt übrigens zusammen mit einer der von mir angegebenen Methoden zum Nachweise des Elacins, auf die ich in einem der späteren Artikel näher zurückkomme.

III. Jod-Methode.

Alle Jod-Gentiana-Methoden, welche der Anilinentfärbung auf dem Objektträger bedürfen, gehören nicht zu den einfachen Proceduren und auch nicht zu den Annehmlichkeiten in der Histologie. Daher sind sie immer nur dort empfehlenswert und werden sich einbürgern, wo sie wenigstens in einer Hinsicht unersetzlich sind. Das scheint nun mit der BENEKEschen Methode der Kollagenfärbung in der That der Fall zu sein. Dieselbe ergänzt die einfacheren, bisher angegebenen Methoden durch die vorzügliche, tinktorielle Auflösung der Bündel in einzelne Fibrillen. Überall daher, wo es auf den Nachweis ankommt, dafs die fibrilläre Struktur des kollagenen Gewebes noch besteht oder im Gegenteil zerstört ist, sodann beim Studium der Bindegewebsgrenze und bei der Verfolgung

[7] Eine solche Methode intensiver Kollagenfärbung mittelst Wasserblau ist beispielsweise die folgende: Überfärbung in Wasserblau 2—5 Minuten, partielle Entfärbung in konzentrierter Sodalösung 1/2 Minute, Spir. dil. 1/2 Minute, saurer Alkohol 1/2 Minute zur Regeneration des Wasserblaus, Saffranin 1—2 Minuten, Alkohol, Öl, Balsam. Ein besonderer Vorzug neben der Säurefuchsin-Pikrin-Methode kommt derselben jedoch nicht zu.

der einzelnen Fasern bis an die epithelialen Einlagerungen scheint mir die Jod-Methode zur Zeit unentbehrlich zu sein.

Ich gebe zunächst die betreffende Stelle der Benkeschen Arbeit wortgetreu wieder, einerseits, weil ich die Resultate des Autors, soweit es die Haut betrifft, fast durchgehends bestätigen kann, andererseits, weil die Arbeit von Benke in dermatologischen Kreisen kaum bekannt sein dürfte. Einige eigene Erfahrungen über die Methodik und Resultate werde ich sodann an dieses Citat anknüpfen.

„Die hier mitzuteilenden Färbungseffekte wurden nur an in Alkohol fixierten Präparaten gewonnen. Die Färbung der ohne besonderes Bindemittel einfach durch Anschmelzen auf dem Objektträger fixierten Paraffinschnitte geschah mit Anilinwasser-Gentianaviolett (10 Teile Anilin mit 100 Teilen Wasser zur feinen Emulsion geschüttelt, zum Filtrat 5—10 Teile konzentriertes Gentianaviolett [oder Methylviolett IIIB] Lösung, 10 bis 20 Minuten lang; nachher Behandlung mit bis zu Portweinfarbe vermischter Lugolscher Lösung (1 Minute) und sorgfältiges Abtrocknen. Übertragung in Anilinxylol (2 Anilin, 3 Xylol). Diese Mischung muſs bei verschiedenen Präparaten ganz verschieden lang einwirken; so dürfen z. B. Gehirnschnitte nur gerade so lange entfärbt werden, bis die Wasserentziehung fertig und der Schnitt mithin aufgehellt ist; bei festeren Geweben, Bindegewebe, Knochen u. s. w., ist es Sache der Übung, den richtigen Moment zur Übertragung des Schnittes in reines Xylol zu treffen; hierauf kommt alles an; eine Sekunde zu spät, und die gewünschte Färbung kann bereits hochgradig abgeschwächt sein. Im Xylol giebt der Schnitt keine Farbe mehr ab; es empfiehlt sich daher, bei schwierigen Präparaten zur Kontrolle bisweilen die Entfärbung durch Eintauchen in Xylol zu unterbrechen. Die Färbung hält sich weiterhin in Kanadabalsam vollkommen beständig (nach meiner bisherigen weit über ein Jahr reichenden Erfahrung).

„Bindegewebe zeigt die Färbung in den verschiedensten Abstufungen, geradeso wie das Fibrin; der Farbenton ist tiefblau-violett oder etwas mehr rötlich-violett. Ich habe die Färbung an dem Bindegewebe der verschiedensten Organe und bei Individuen aller Lebensalter vom ungeborenen Fötus an erhalten. An den lockigen Fibrillen ist der Charakter der Färbung sehr leicht erkennbar; die dickeren Stämme derselben erscheinen tiefblau, wobei man sie oft auf das klarste in feinste zusammengelagerte Fibrillen auflösen kann; nach den letzten zarten Ausläufern zu, z. B. den Fibrillenendigungen am Epithel der Haut, wird die Färbung matter; offenbar wird die Farbe aus den feinen, isolierten Fasern durch das Anilin leichter entfernt, als aus den undurchlässigeren Fibrillenbündeln. Versucht man durch noch kürzeres Entfärben auch die feinsten Fibrillen

[8] Über einige Resultate einer Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbungsmethode. *Centrlbl. f. Path.* 1893.

dunkel zu lassen, so gelingt das zwar, doch meistens auf Kosten der Undurchsichtigkeit anderer Präparatstellen, aus welcher das verdünnte Anilin das Wasser nicht so schnell zu extrahieren vermochte.

„Gewisse andere Ungleichheiten der Färbung lassen sich wohl im wesentlichen auf ähnliche Verhältnisse zurückführen; so sieht man z. B. bisweilen die Querschnitte der Fibrillen farblos oder schwach gefärbt, während die längsverlaufenden Fasern scharfe Färbung zeigen. Nicht so einfach scheint es aber mit den Differenzen der Färbung einzelner Bindegewebsformen zu sein; offenbar kommen hier auch chemisch-physikalische Unterschiede zum Ausdruck. Die schönste Färbung erhielt ich am normalen, festen, fibrillären Bindegewebe, z. B. der Cutis, des Periostes, der Sehnen; wo das Gewebe sich mehr der Form hyaliner Membranen nähert oder gar unter Verlust der fibrillären Struktur in die Form des pathologischen, „sklerotischen“ Bindegewebes übergeht, versagt die Färbung mehr und mehr, ebenso dort, wo ein normales, fibrilläres Gewebe im Anschlufs an einen pathologischen Prozefs (Entzündung, Geschwulstbildung) aufgelöst, bezw. in junges Granulationsgewebe umgewandelt wird. Die Differenz ist so scharf, dafs schon schwache Vergröfserungen über die Anordnung und das Verhalten der Bindegewebsfasern, etwa den Grad ihrer Auflösung bei einer vorschreitenden Tuberkulose oder eines Carcinoms instruktive Übersichtsbilder geben. Bei einfacher Nekrose des Bindegewebes konnte ich körnige Färbungen der zerfallenden Fibrillen beobachten; doch läfst sich diese Erscheinung nicht sicher diagnostisch verwerten. Andere vitale, von den lebenden Bindegewebszellen ausgehende Auflösungsprozesse, die ja sicher ungemein häufig sind, so wenig sie auch gegenwärtig gewürdigt zu werden pflegen, scheinen mit einer Art Lockerung (Quellung) der Fasern einherzugehen, und so veränderte Fibrillen geben dann wohl den Farbstoff rascher als normale ab; für eine solche physikalische Ursache der Färbungsdifferenzen würde wenigstens die Thatsache sprechen, dafs besonders starre Fibrillen, auch wenn sie noch so fein sind, die Farbe auffallend stark festhalten, z. B. schon die jüngsten Fibrillen eines periostalen Frakturcallus vor eingetretener Knochenbildung; dafs das ablehnende Verhalten der sklerotisch gewordenen Teile auf ähnlichen Dichtigkeitsunterschieden beruhe, ist mir nicht unwahrscheinlich.“. . .

. . . . „Auch das elastische Gewebe tritt bei der angewandten Methode zu Tage, und zwar meistens leuchtend rot gefärbt, im scharfen Gegensatz zu den dunkelblauen Bindegewebsfibrillen; der Farbenton entspricht etwa den bekannten, durch Jodgrün, Gentianaviolett etc. zu erzielenden roten Amyloidfärbungen. So erhält man bisweilen sehr schöne Bilder, wie ich sie auch bei der Taenzerschen Orceinfärbung nicht gesehen habe; geht das Bindegewebe ulcerös an einer Stelle zu Grunde und verliert es somit seine Färbung, so bleibt das rote elastische Netz noch in voller Klarheit

bestehen; wird auch das elastische Gewebe zerstört, so sieht man dichte, feine, unentwirrbare, rote Knäuel entstehen, welche weiterhin in kleine Körnchen zerfallen. So bekommt man auch deutliche Gegensätze an Gefäſswänden: die Adventitia zeigt das tiefblaue Bindegewebsnetz, die Media erscheint rötlich, teils durch die Färbung der elastischen Platten, teils durch die sehr blassen Muskelzellen; dazwischen können auch noch feine Bindegewebsfibrillen erscheinen. Indessen gelingt diese Färbung schwer; überhaupt scheint die Rotfärbung der elastischen Fasern nicht ganz zuverlässig, bisweilen finden sie sich auch blaſsblau-violett; ob die Jodwirkung oder der Entfärbungsgrad hierfür bestimmend ist, ist mir noch nicht ganz klar.“ Soweit Beneke.

Für die Ausführung der Jodmethode ist es einerlei, ob die Schnitte in Paraffin oder Celloidin eingebettet waren. Ich habe nur Celloidinschnitte und in Alkohol gehärtetes Gewebe benutzt. Um die auch von Beneke empfundenen Ungleichmäſsigkeiten in der Färbung zu vermeiden, versuchte ich — statt der Gentiana-Anilin-Lösung — die vor kurzem von mir für gewisse Anwendungen der Jodmethode empfohlene Gentiana-Alaun-Lösung.[9] Die Jodierung erzielte ich — wie immer, wenn eine starke Jodierung gewünscht wird — durch eine improvisierte Jodlösung, indem ein Jodkrystall in ein Schälchen mit 5%iger Jodkaliumlösung gebracht wird.

Der Schnitt muſs in der Gentiana-Alaunlösung weit länger bleiben, als in der Gentiana-Anilin-Lösung, etwa 1 Stunde oder mehr (er kann in derselben auch eine Nacht oder 24 Stunden verweilen), wird alsdann in Wasser abgespült und in das Schälchen mit frischer Jodlösung gebracht, woselbst er 1 bis 2 Minuten verbleibt. Sodann wird er wieder in Wasser abgespült, auf einen Objektträger gebracht und hier abgetrocknet. Darauf folgt die Entfärbung auf dem Objektträger mittelst der von Beneke angegebenen Mischung von 2 Teilen Anilin und 3 Teilen Xylol. Dieselbe geht sehr langsam vor sich und ist meistens erst in 10 bis 15 Minuten beendigt. Nachdem die Schnitte ca. 10 Minuten in der Mischung verweilt haben, empfiehlt es sich, um eine zu starke Entfärbung zu vermeiden, dieselben hin und wieder in Xylol abzuspülen und anzusehen.

Die so gewonnene Darstellung des kollagenen Gewebes unterscheidet sich in einigen Punkten von derjenigen, welche nach der Benekeschen Vorschrift erzielt wird. Die Präparate zeigen im ganzen eine rein blaue Färbung, keine violette, wie dort. Sodann ist die nichtfaserige, kollagene Intercellularsubstanz stärker mitgefärbt, während sie bei der Benekeschen Vorschrift nahezu ungefärbt bleibt und die Fibrillen fast nackt, aber auch sehr klar hervortreten läſst. Für das Studium der kollagenen Substanz

[9] Zum Nachweise des Fibrins in den Geweben. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 18. Bd. XVI. S. 355.

im ganzen ist die Mitfärbung des nichtfibrillären Anteils aber eher als ein Vorteil aufzufassen. Die elektive Färbung des Kollagens im allgemeinen beruht hier wie dort auf dem Mischungsverhältnisse von Anilin und Xylol, welches BENEKE angegeben hat; dieses darf nicht geändert werden.

Der wesentliche Vorteil der Alaunbeize liegt nun darin, daſs einerseits die Schnitte in allen ihren Teilen gleichmäſsig durchfärbt und andererseits das Färberesultat ein absolut konstantes, nicht zu verfehlendes ist. Während bei der Anilinbeize, wie BENEKE schon angiebt, die Fibrillenbündel in der Mitte und am Schnittende fast immer verschieden stark gefärbt sind, während daselbst eine Mitfärbung der Kerne und der Epithelfasern[10] ebenso oft fehlt, wie vorhanden ist, gestaltet sich die Sache bei der Alaunbeize so, daſs die Kollagenfärbung, allerdings etwas schwächer, aber überall bis zu den feinsten Fasern des Papillarkörpers gleichmäſsig gut ausfällt, die Kerne stets schwach gefärbt sind und die Epithelfaserung in allen Teilen des Schnittes prächtig hervortritt. Dieser letztere Umstand ist ein nicht zu unterschätzender Nebenvorteil der Alaunbeize, besonders dort, wo es auf eine vergleichende Untersuchung der epithelialen und kollagenen Fibrillen ankommt. Daſs das Arbeiten mit der Gentiana-Alaun-Lösung, da sie keine teerigen Rückstände besitzt und im Schälchen vorgenommen werden kann, bequemer und angenehmer, als mit der Gentiana-Anilin-Lösung ist, braucht wohl kaum bemerkt zu werden.

Hiernach empfehle ich die BENEKEsche Originalvorschrift dort, wo es hauptsächlich auf eine Darstellung der kollagenen Fibrillen ankommt. In diesem Punkte übertrifft dieselbe alle übrigen, bisher bekannten Methoden; kleine Unregelmäſsigkeiten in der Färbung muſs man allerdings mit in den Kauf nehmen. Meine Modifikation der Alaunbeize empfehle ich dagegen, wo man gute Übersichtsbilder des Kollagens mittelst der Jod-Methode auf eine bequeme Weise herzustellen wünscht und wo nebenbei die Epithelfaserung untersucht werden soll.

Was das elastische Gewebe betrifft, so muſs ich mich noch zurückhaltender aussprechen als BENEKE. Eine ordentliche metachromatische, rote Gegenfärbung des Elastins ist mir weder mit der BENEKEschen, noch mit meiner Vorschrift jemals geglückt. Bei ersterer Färbung treten allerdings in unkontrollierbarer Weise hie und da rotgefärbte Fasern auf, welche man als elastische deuten muſs, immer aber gemischt mit ebenso rotgefärbten kollagenen Fasern. Von einer Darstellung der feineren elastischen Fasern und des ganzen elastischen Systems aber kann nach meinen Erfahrungen keine Rede sein, geschweige von einer Konkurrenz mit der

[10] Alle diese Methoden sind ja gleichzeitig Modifikationen der KROMAYERschen Jod-Darstellung der Epithelfasern.

bisher unübertroffenen Orcein-Darstellung des elastischen Gewebes. Möglicherweise beruhen diese Unterschiede auf Verschiedenheiten des zur Anwendung gelangten Gentianavioletts, und ich halte es für möglich und sogar wahrscheinlich, dafs im Gentianaviolett des Handels (wie im Methylenblau des Handels) ein roter Farbstoff in verschiedener Quantität vorhanden ist, welcher diese Gegenfärbungen veranlafst. Man müfste denselben, wie ich es für Methylenblau in meinem „polychromen Methylenblau" ausgeführt habe, verstärken und durch bestimmte Entfärbungsmittel hervorrufen, um eine spezifische Elastinfärbung mittelst der Jodmethode zu bewirken. Bis dahin möchte ich auf die sporadische Mitfärbung des Elastins kein Gewicht legen.

Ein Wort zur Beurteilung der „Vergleichenden Versuche über die therapeutische Anwendung von Lanolin und Adeps lanae", von Dr. S. Rothmann und daran anschliefsend einige allgemeine Beobachtungen über die drei Wollfettsorten: Lanolin, Adeps lanae und Oesypus[1]

von

Dr. med. M. Ihle, Leipzig-Lindenau.

In No. 11 des laufenden Jahrganges der *Berl. klin. Wochenschr.* befindet sich ein Aufsatz des Herrn Dr. S. Rothmann, der, auf sieben poliklinisch behandelten Krankheitsfällen fufsend, die Unbrauchbarkeit des Adeps lanae im Vergleiche mit Lanolin festzustellen versucht. Das erstere wurde stets schlecht vertragen, während das letztere regelmäfsig von grofsartiger Wirkung war.

Es liegt mir vollkommen fern, mich an einem Streite, den etwa eine Lanolin-Fabrik mit einer Adeps lanae-Fabrik hat, zu beteiligen. Aber, ohne bereits ein abschliefsendes Urteil über die Brauchbarkeit der verschiedenen Wollfettpräparate im allgemeinen oder über deren Verwendbarkeit im einzelnen Krankheitsfalle abgeben zu wollen, möchte ich doch durch diese Zeilen zu verhindern versuchen, dafs ein nach meiner persönlichen Erfahrung gutes und brauchbares Präparat, das meiner Überzeugung nach einen grofsen Fortschritt in dermato-therapeutischer Beziehung bedeutet,

---

[1] Verspätet erschienen, weil das Manuskript bei der Redaktion der *Berl. klin. Wochenschr.*, in der sein Abdruck naturgemäfs erfolgen sollte, drei Wochen lang liegen geblieben ist, ohne dafs der Verfasser über Aufnahme oder Ablehnung des Artikels — trotz dringlicher Aufforderung — Nachricht erhalten konnte.

auf Grund unzweckmäfsiger Anwendung vorzeitig als unnütz oder schädlich verworfen werde.

Adeps lanae ist ein neues, gutes Salbenkonstituens, das andere Eigenschaften hat, als andere Fette, auch als seine Verwandten Lanolin und Oesypus; und jedes derartige Mittel ist mit Freuden zu begrüfsen. Reagiert doch die Haut des einzelnen ganz individuell auf die verschiedenen Salben und Pasten. Der eine verträgt besser eine Vaseline-, der andere eine Schweinefettsalbe, der dritte Lanolin oder Oesypus. Auch bei demselben Patienten mufs öfter das eine Fett, das erst gut bekam, fortgelassen und ein anderes gewählt werden. Je mehr also derartige Mittel dem Dermatologen zu Gebote stehen, die er der Eigentümlichkeit des Falles anzupassen versteht, desto besser werden seine Erfolge sein.

Die vergleichenden Versuche des Herrn Dr. ROTHMANN, welches von den beiden Wollfetten, ob Lanolin von Jaffe und Darmstädter oder Adeps lanae der Norddeutschen Wollkämmerei besser sei, kranken vor allem daran, dafs Lanolin in einer für dieses Mittel sehr passenden Form, als „Crême" zur Anwendung kam, während Adeps lanae in dieser Form kein brauchbares Präparat ergiebt. Er hat beide Mittel im Verhältnisse von sieben Teilen Fett zu drei Teilen Wasser gemischt. Es ist klar, dafs der Vergleich unstatthaft ist, wenn für das eine Mittel eine demselben vorteilhafte Form gewählt wird, für das andere eine demselben vollkommen unzweckmäfsige.

Adeps lanae läfst sich, wie ich am Schlusse dieser Abhandlung angeben will, sehr wohl zu einer brauchbaren Kühlsalbe (Crême) verarbeiten, doch genügt dazu nicht, wie dies beim Lanolin der Fall ist, ein einfaches Vermischen mit Wasser. Fernerhin ist die Anwendung von Kühlsalbe eine ganz beschränkte.

Von den sieben angeführten Fällen ist nur einer ein chronischer, vier davon sind Kinderekzeme leichter Art, einer ein Gesichts- und Kopfausschlag, durch Kopfläuse erzeugt, einer ein artificielles Beschäftigungsekzem. Dafs die letzten sechs Fälle unter einer passenden Einfettung abheilten, während unter einer unmöglichen Receptur sich wenig oder nicht besserten, ist mir verständlich. Ich bin aber der Meinung, Herr Dr. ROTHMANN würde die günstigen Resultate, die er mit Lanolincrême, wie er angiebt, erhalten hat, in derselben Zeit auch mit jedem beliebigen anderen Fette — ich behaupte auch mit Adeps lanae — erzielt haben, wenn nur die Form, in welcher er es verordnete, den Eigenschaften des betreffenden Fettes angepafst worden wäre. In dem einzigen chronischen Falle von Handflechte hat auch Lanolincrême nach ROTHMANNS Angabe nur wenig Erfolg gehabt.

Ich entnehme also aus diesen angegebenen Krankengeschichten — Hauterkrankungen leichtester Art, die zum Teil wohl auch ohne An-

wendung von irgend welcher Salbe einfach mit Puder oder bei bloſser Schonung der Haut abgeheilt wären — auch keineswegs das, was Herr Dr. ROTHMANN dabei hervorhebt, daſs nämlich das Lanolin eine ausnehmend günstige Wirkung hervorgebracht hätte. Ebensowenig kann ich zugeben, daſs Adeps lanae deshalb zu verurteilen ist, weil es in einer gänzlich unzweckmäſsigen Form gegeben wurde und so nicht vorteilhaft wirkte. Hätte Herr Dr. ROTHMANN statt in dieser unglücklichen Crêmeform Adeps lanae in Form einer Pasta mollis, wie ich sie am Schlusse dieses Artikels angebe, zu den vergleichenden Versuchen benutzt, — ich glaube, auch Adeps lanae hätte gut die Probe bestanden, mochte er nun Lanolin ebenfalls in Pastenform oder auch in der, wie gesagt, für dieses Präparat gerade so sehr passenden Crêmeform in Vergleich gestellt haben.

Aber nicht nur in der Form, auch in der Anwendung beider Präparate ist Herr Dr. ROTHMANN nicht einwandsfrei verfahren, wie der Fall 3 klar ergiebt.

Ein 13jähriger Knabe mit Kopfgrind und Gesichtsausschlag infolge von Läusen wird von letzteren befreit und dann eine Woche lang mit Adeps lanae in Gemeinschaft mit Salicylöl zusammen behandelt. Warum das letztere, wenn doch nur die reizende Wirkung von Adeps lanae festgestellt werden soll? Es leuchtet ein, daſs Salicyl auf der gereizten Kopfhaut kaum gut vertragen werden konnte, abgesehen davon, daſs dann die Wirkung von Adeps lanae vollkommen verdeckt wird. Darauf wurde während einer zweiten Woche Lanolin verordnet, und der Ausschlag heilte ab. Ich meine aber, daſs bei bloſsem Einpudern, oder ganz ohne Behandlung des Gesichts nach Entfernung der Ursache der Ausschlag in der zweiten Woche ganz von selbst geheilt wäre. Fernerhin bin ich fest überzeugt, daſs genau das entgegengesetzte Resultat eingetreten wäre, wenn in der ersten Woche Lanolin und Salicylöl und in der zweiten Woche nur Adeps lanae gebraucht worden wäre!

Mit sieben solchen Krankengeschichten kann man weder ein Heilmittel empfehlen, noch ein anderes verurteilen!

Dazu sind diese wenigen Fälle nur poliklinisch beobachtet. Es fehlte also die ärztliche Kontrolle, ob auch die Leute die Vorschriften zu Hause in verlangter Weise ausgeführt haben. Weiſs doch jeder Arzt, wie viel weniger es auf das Heilmittel selbst ankommt, als auf die Art, in der es angewandt wird. Eine derartige „Versuchsreihe“, noch dazu in mangelhafter Form und einseitiger Art ausgeführt, ist doch wohl nicht beweisend genug, den denkenden Kollegen von weiteren Versuchen mit einem neuen Heilmittel abzuhalten und um sagen zu können, man solle nicht Kranken in unnützer Weise mit der Anwendung eines solchen Präparates, wie Adeps lanae, schaden.

Doch halt! Herr Dr. ROTHMANN hat ja auch die prompte Erklärung

bei der Hand, warum Adeps lanae ein so böses Ding sei: „Alle Reizerscheinungen kommen daher, weil es chlorhaltig ist!“

Herr Prof. Liebreich hat eine Reaktion zum Nachweis des Chlors in Adeps lanae angegeben, die in der obigen Arbeit angeführt wird.

Ich habe dieselbe ebenfalls ausgeführt, habe Adeps lanae mit Alkohol erhitzt und sodann erkalten lassen. Die filtrierte Lösung gab auf Zusatz von einer wässerigen salpetersauren Silberlösung prompt den angegebenen Niederschlag von Chlorsilber! Von Chlorsilber? In Ammoniak hätte sich derselbe auflösen müssen, was nicht geschah. Auf Zusatz einer alkoholischen Lösung des Silbersalzes fand nicht einmal eine Trübung statt. Ein Kontrollversuch unter Zusatz einer geringen Menge von Chlornatrium ergab auf Zusatz der alkoholischen Silberlösung einen Chlorsilberniederschlag. Nach dieser Probe war es mehr als zweifelhaft, ob der Niederschlag wirklich Chlorsilber sei. Ich behaupte vielmehr, da Adeps lanae kein einheitlicher Körper, sondern ein Konglomerat von einer Masse bekannter und unbekannter Körper ist, der Niederschlag wird durch Produkte bedingt, herrührend von den Fettsäuren oder dergl. Stoffen, die er enthält, Lanolin aber nicht. Deshalb war mir diese Probe zum Nachweise des Chlorgehaltes in Adeps lanae nicht beweiskräftig, um die Chlorhaltigkeit des einen und die Chlorfreiheit des anderen Wollfettes sicher zu stellen.

Ich machte deshalb die einzig maſsgebende Probe, die Verbrennungsprobe mit Salpeter und Soda:

1 g Adeps lanae N. W. K. mit 6 g eines Gemisches aus gleichen Teilen Soda und Salpeter (beide chlorfrei) bis zur Weiſse verbrannt, in 40 g Wasser gelöst, ergab mit einer Lösung von salpetersaurem Silber (1 : 9) eine sehr schwache Trübung, die die Anwesenheit von Spuren von Chlor beweist.

Ebenso verhielten sich Lanolinum von Jaffe & Darmstädter und Oesypus, das rohe Wollfett aus der Leipziger Wollkämmerei, so daſs also alle drei Produkte bez. ihres Chlorgehaltes gleichwertig erscheinen.

Es ist ganz selbstverständlich, daſs, wenn im rohen Wollfett Chlor enthalten ist, dies sich auch noch im Adeps lanae finden lassen muſs, da das letztere aus ersterem nur durch physikalische, nicht durch chemische Prozesse gewonnen wurde. Aber auch Lanolin ist chlorhaltig!

Was soll aber diese ganze Beweisführung? Was heiſst hier „chlorhaltig“? Es sind in allen drei Wollfettsorten nur minimale Spuren von Chlor, viel weniger als im Wasser, mit dem wir uns waschen und das ja auch als ein gutes Heilmittel in der Hautbehandlung gilt!

Es kommt mir die Warnung vor dem Chlorgehalt im Adeps lanae

gerade so vor, als ob Jemand vor jedem Wassergebrauche, als hautreizend, warnen wollte, weil es „Chlor“ enthält!

Soll aber der Adeps lanae reizen, weil er chlorhaltig ist, so reizt Lanolin aus demselben Grunde, mit Verlaub, ebenso! Ich glaube aber, der minimale Chlorgehalt reizt in keinen von beiden Fettarten, und wenn eins oder das andere Mittel einmal nicht vertragen wird, so dürfte daran die Schuld in der mangelhaften Form liegen, in der es zur Anwendung kam, oder es hat seinen Grund darin, daſs in dem speziellen Falle überhaupt kein Fett vertragen wurde.

Bei fortschreitenden akuten Ekzemen, z. B. wie im Fall VI des Herrn Dr. Rothmann, würde es mir nicht eingefallen sein, einen Crême zu verordnen, höchstens eine Pasta, am sichersten bloſs Puder, wenigstens solange es näſste. Wenn in solch einem Falle Adeps lanae nicht vertragen wurde, so ist dies wahrlich nicht auf Spuren von Chlor zurückzuführen, sondern auf die unzweckmäſsige Form seiner Anwendung im Gegensatze zum Lanolin.

Hiermit verlasse ich das Rothmannsche Empfehlungsschreiben für Lanolin und seine Philippika gegen Adeps lanae, um noch einige spezielle Erfahrungen, die ich mit den genannten drei Wollfettarten gesammelt habe, zur Sprache zu bringen.

Ich habe in 35 verschiedenen Hautfällen, und zwar bei 15 Ekzemen (meist chronischen), 5 Seborrhoen, 2 Psoriasisfällen, 6 Fällen von Herpes tonsurans, bezw. Sycosis, 4 Ulcera cruris, 2 Alopecia, 1 von Elephantiasis, 1 Lupus erythematosus, 1 Lupus vulgaris in meiner Heilanstalt Adeps lanae angewandt, auſserdem in mehr als fünfmal soviel ambulant behandelten Krankheitsfällen, und zwar in der verschiedensten Form als Seife, Crême, Salbe und vor allem als Paste mit oder ohne Zusatz der verschiedenartigsten Medikamente und zwar stets in vergleichender Abwechselung mit Lanolin oder Oesypus als Konstituens.

Mit Lanolin selbst habe ich von Anfang an gearbeitet, und zwar deshalb mit dem gröſsten Fleiſse, weil mich dasselbe, — als Abkömmling aus dem rohen Wollfette, dem Oesypus, sehr interessierte, — ganz abgesehen von seinen guten Eigenschaften, die ich voll anerkenne.

Kurze Zeit nachdem Prof. Liebreich mit dem Lanolin hervorgetreten war, versuchten wir beide, P. Taenzer und ich, es mit dem rohen Wollfette, welches uns durch Zufall (als Geheim- und Volksmittel gegen Hühneraugen) in die Hände gekommen war.

Die günstigen Resultate, die wir mit dem rohen Wollfette erzielten, — auch im Vergleiche mit dem aristokratischen Lanolin — ermutigten mich, auf den Naturforscherversammlungen in Bremen und dann in Halle dem vergessenen Oesypus wieder einen Platz in dem Arzneischatze zu erobern (vergl. die Referate in den *Derm. Monatsh.* Bd. XI u. Bd. XIII.)

Die vielen zustimmenden Äufserungen von Kollegen, die es daraufhin anwandten, und mein eigener, seit dieser Zeit nie unterbrochener Gebrauch von Oesypuspräparaten, sowohl in meinem Sanatorium, als in der ambulanten Praxis, — die Fälle zählen nicht nach Hunderten, sondern nach Tausenden, in denen ich Oesypus oder die anderen Wollfette verordnet habe — berechtigen mich wohl zu einem Urteil über dieselben. Meine Ansicht geht nun dahin, dafs es keine Fettsorte giebt, die im Durchschnitt der Fälle — ich sage keineswegs, in jedem — besser und andauernder vertragen wird, als das ordinäre Wollfett, das unreine, schlecht riechende, rohe Wollfett Oesypus. Weder Vaseline-, noch Schweinefettpasten, weder Adeps lanae, noch Lanolin oder das neuerdings empfohlene und als Pastenkonstituens ganz brauchbare Resorbin giebt eine Pastenform, die so regelmäfsig gut vertragen würde, so jahrelang haltbar ist, nie eintrocknet und nie verdirbt, als unsere Pasta Oesypi:

Oesyp.
Zinc oxyd
Ol. Olivar. āā

Auf 30 g Pasta Oesypi 1 g Ol. odoratum, genügt, um dieselbe so angenehm riechend zu machen, dafs der spezifische Geruch des Wollfettes vollständig verdeckt wird.

Ich habe mich gefreut, als ich neulich wieder — ich glaube, es war in den mir zugeschickten Excerpta medica — eine von Dr. Berliner-Aachen angegebene Wollfettpaste als die mildeste und am besten verträglichste angegeben fand, die mit einer geringfügigen Abänderung (halb Zincum und halb Amylum) die Zusammensetzung unserer seit Jahren bekannt gegebenen Pasta Oesypi hatte.

Wenn da Herr Dr. Rothmann zu Anfang seines Aufsatzes den Satz hinsetzt, dafs schon früher einmal ein schlecht gereinigtes Wollfett aufgetaucht, aber (als ein unreines Produkt) bald wieder verlassen worden sei, so beweist er damit nur, dafs seine Voraussetzungen, was man von einem guten Medikamente verlangen mufs und was nicht, nicht auf Prüfung, sondern auf vorgefafster Meinung über die Unerreichbarkeit des „reinen" Lanolins beruhen.

Es kommt meiner Überzeugung nach bei einem therapeutischen Mittel doch nicht auf seine Reinheit an, d. h., ob es chemisch ein aus mehreren Stoffen zusammengesetztes Mixtum compositum sei oder nicht (giebt es da ein besseres Beispiel dafür als den Teer, dieses unübertroffene, alte bewährte Hautmittel!), sondern vielmehr doch darauf, ob es sich als ein dermatologisches Heilmittel eignet, d. h., dafs es von der Haut gut vertragen wird. Das ist meiner Ansicht nach der alle anderen überragende Standpunkt für die Beurteilung eines Präparates.

Wer mir aber entgegenhält, dafs das rohe Wollfett wegen seiner Farbe und seines Geruches unbrauchbar sei,[2] dem entgegne ich einfach, dafs man dann auch kein Ichthyol, keinen Perubalsam und vor allem keinen Teer anwenden dürfte, denn diese Körper stinken auch und sehen schwarz aus!

Es würde zu weit führen, hier die Herstellungsweise von Lanolin und des Adeps lanae anzugeben, ich verweise nur auf TAENZERS Artikel über die Dermatotherapie des Adeps lanae der Norddeutschen Wollkämmerei (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVIII), in welchem er betont, dafs Oesypus und Adeps lanae sehr nahe verwandt seien, indem letzteres einen mechanisch herausgefischten Anteil des Oesypus darstellt, während die Lanoline auf chemischem Wege gewonnene Kunstprodukte seien. Die Patentschriften beider Produkte bestätigen dies zur Genüge.

Gerade aber dieser Umstand machte mich auf Adeps lanae aufmerksam, und da ich mit dem rohen Wollfette so gute Erfahrungen gemacht hatte, bemühte ich mich, diesen Abkömmlung des Oesypus gründlich kennen zu lernen.

Hauptsächlich interessierte mich dieses neue Fabrikat auch deshalb, weil seine Herstellungsweise die Möglichkeit bot, seine Abfallprodukte zu studieren. Adeps lanae ist Oesypus ohne freie Fettsäure und ohne aromatische Substanzen, und letztere Stoffe sind nur auf physikalischem, nicht chemischem Wege aus dem rohen Wollfett eliminiert worden, sind also chemisch unverändert zu haben.

Die Bremer Fabrik hat mir auf mein Ansuchen diese Abfallprodukte des Adeps lanae isoliert und zur Prüfung auf ihren therapeutischen Wert überlassen. Diese Substanzen, welche aus freien Fettsäuren und den aromatischen Stoffen bestehen, enthalten gerade den intensiven Bocksgeruch. Die Zeit ist noch zu kurz, als dafs ich mir ein abgeschlossenes Urteil über die therapeutische Wirksamkeit dieser Abfallprodukte, welche bei der Herstellung des Adeps lanae aus dem Oesypus ausgeschieden werden, gestatten kann. Die auch von TAENZER hervorgehobene Eigenschaft des Oesypus, „dafs es eine gröfsere therapeutische Einwirkung auf verschiedene Dermatosen besitze, als die aus denselben genommenen gereinigten Fette“, dürfte deutlicher hervortreten, wenn wir so diese noch nicht medizinisch geprüften Stoffe noch konzentrierter, als sie im rohen Wollfette enthalten sind, anwenden können. Ich wäre erfreut, wenn ich Kollegen durch diese Andeutungen zu Mitarbeitern bei dieser grofsen und interessanten Aufgabe gewinnen würde.

---

[2] Ich teile darum auch nicht den Standpunkt von P. TAENZER, welcher Oesypus deshalb nicht für die bessere Praxis geeignet hält. Mit wenig Rosenöl ist der Geruch verdeckt, die angegebene Paste ist durch den Zinkzusatz weifs. Ich habe nie Schwierigkeiten gehabt.

Da ich aber in diesen Zeilen besonders hervorgehoben habe, daſs es bei diesem, wie bei jedem anderen Mittel vor allem auf die Form ankommt, in der es verordnet wird, so sei es mir zum Schlusse noch gestattet, einige Recepte anzugeben, in der sich Adeps lanae gut bewährte. Die beste Anwendung ist (wie es beim Lanolin der Crême, wie beim Oesypus die Pasta) beim Adeps lanae die Pasta mollis, welche ich folgendermaſsen verordne:

Adip. lanae	15,0
Ol. Olivar.	5,0
Zinc. oxyd.	10,0

Ähnlich wirkt eine Schwefelzinkpaste, der UNNAschen Pasta Zinci sulfurata nachgebildet:

Sulf. praecipit.	6,0
Zinc. oxyd.	4,0
Terr. siliciae (*alb. subtil. pulv.*)	2,0
Adip. lanae	
Adip. benzoinat.	ää 14,0

Sehr gern verschreibe ich eine graue Salbe, die sich leicht verreibt und gut vertragen wird, in folgender Zusammensetzung:

Hydrarg.	20,0
Adip. lanae	50,0
Adip. benzoinat.	10,0
Ol. Bergamott.	3,0

Will man aber Adeps lanae zu einem brauchbaren Crême verarbeiten, so genügt nicht wie Herr Dr. ROTHMANN es gethan, einfach ein Wasserzusatz. Ich gebe hier eine annehmbare und auch haltbare Form einer Adeps lanae-Kühlsalbe:

Adip. lanae	10,0
Ol. amygdal.	7,5
Sol. Boracis (1 : 25)	75,0
Ol. Rosar. gtt. I.	
Aq. benzoic.	
Vanill.	ää 0,5

Mit Anwendung der Crêmes überhaupt muſs man aber sehr vorsichtig sein, da Wasser und Fett zusammen keineswegs immer reizlos für eine kranke Haut sind. Ich verordne Adeps-lanae-Crême nur bei ganz leichten Ekzemen, bei spröder trockener Haut, am liebsten nach einer vorhergegangenen Salben- und Pastenbehandlung, wenn die Haut noch eine geringe Einfettung bedarf.

Gegen Kopfschuppen, verbunden mit Haarausfall (Seborrhoe), gebe ich folgende Verordnung: Früh Einreibung mit einem öligen Spiritus:

Resorcin.	5,0
Ol. Ricin.	15,0
Bals. peruv.	3,0
Spiritus vini	177,0

Abends wird einpomadisiert mit einer Adeps lanae-Pomade:

Adip. lanae	40,0
Ol. amygdal.	10,0
Sulf. praecipitat.	5,0
Ol. Rosar. gtt. I.	

Wird das Haar zu fettig, so lasse ich wöchentlich ein- bis zweimal mit einer Lanaseife (welche in vielfacher Form und schöner Ausstattung im Handel ist) waschen. Dabei ist zu beachten, dafs sofort nach einer Waschung der Haarboden wieder einpomadisiert wird, damit derselbe nicht trocken bleibt.

Über die Behandlung des Trippers nach der JANETschen Methode.

Von

Dr. CH. AUDRY,

Direktor der Klinik für Dermatologie und Syphilis an der medizinischen Fakultät zu Toulouse.

Die folgende Mitteilung soll den deutschen Leser mit dem Verfahren bekannt machen, das JANET-Paris bei der Behandlung des Trippers anwendet; dasselbe scheint mir nach vielfachen Vergleichungen allen anderen Behandlungsarten überlegen zu sein.[1] Ich habe dasselbe jetzt bei mehr als 200 Patienten angewandt und verfüge demgemäfs über eine gröfsere Erfahrung; und da diese Behandlungsweise nicht von mir erfunden wurde, so komme ich wohl auch nicht in den Verdacht, pro domo zu sprechen.

Die theoretischen Voraussetzungen: 1. Der Tripper ist eine Urethritis, die durch die Einwirkung des Gonococcus Neisser entstanden ist. 2. Diese Urethritis ist eine totale, wie AUBERT-Lyon das 1885 zuerst bewiesen hat. 3. Der Tripper mufs als eine äufserliche Erkrankung betrachtet und dementsprechend auch behandelt werden. 4. Die Behandlung mufs eine antiseptische sein. 5. Sie mufs sich auf die Harnröhre in ihrer ganzen Ausdehnung erstrecken. 6. Da man den pathogenen Pilz nicht direkt treffen kann, so mufs man seine Vernichtung oder seine Entfernung durch indirekt wirkende Mittel zu erreichen suchen, indem man die Diapedesis und die Phagocytose steigert. 7. Eine Urethritis gonorrhoica gilt dann als geheilt, wenn der Gonococcus endgültig daraus verschwunden ist.

---

[1] Ich beschränke mich in dieser Arbeit auf die notwendigsten Angaben.

Das Wesentlichste an dem JANETschen Verfahren besteht darin, daſs man durch die ganze Länge der Urethra beträchtliche Mengen einer Lösung von Kalium permanganicum hindurchgieſst. Die Stärke der Lösung richtet sich nach dem einzelnen Falle. Die Ausspülungen werden nur durch den Druck bewerkstelligt, ein Instrument wird nicht in die Harnröhre eingeführt; man hat sich dabei streng an die weiter unten angegebenen Vorschriften zu halten.[2]

Die Technik. Vor, während und nach der Behandlung hat man für eine sorgfältige Antiseptik des Meatus, der Eichel und der Vorhaut Sorge zu tragen; man wasche diese Teile mit der Lösung des übermangansauren Kalium oder mit einer Sublimatlösung (1 : 4000) u. s. w., darauf pudere man die ganze Gegend mit einem Gemisch von Borsäure und Talcum. Die Eichel und die Harnröhrenöffnung halte man beständig mit einer kleinen Kappe von hydrophiler Watte bedeckt, die durch die Vorhaut festgehalten wird, und endlich entäuſsere sich der Kranke aller beschmutzten Wäsche.

Jede innerliche Behandlung ist zwecklos; dagegen sind Bäder zu empfehlen. Alkohol ist nicht zu gestatten. Man mache den Patienten bei Zeiten darauf aufmerksam, daſs das Verfahren bisweilen etwas lästig und sogar schmerzhaft werden könne. Komplikationen sind mir im Verlaufe einer Behandlung niemals vorgekommen.

Das Instrumentarium besteht aus einem graduierten Glasgefäſs, das zum mindesten $1^1/_2$ l Flüssigkeit fassen kann und an seinem unteren Ende mit einem kleinen Ansatzrohr versehen ist. An letzteres befestigt man einen Gummischlauch von 2 m Länge, der an seinem unteren Ende einen Hahn mit zwei Gelenken trägt. An diesen letzteren wird wiederum ein 20 cm langes Gummirohr befestigt. Endlich hält man in irgend einer antiseptischen Lösung ein paar Glaskanülen mit abgerundeter Spitze bereit, die dünn genug sein müssen, um mindestens 1 cm tief in die Harnröhre einzudringen; eine derartige Glaskanüle steckt man in das freie Ende des Gummiröhrchens.

Der Behälter mit Wasser muſs in verschiedener Höhe befestigt werden können. Für gewöhnlich genügt ein Druck von 0,80, um den Sphincter urethrae zu überwinden und die Flüssigkeit in den hinteren Teil der Harnröhre und in die Blase zu treiben; bei einzelnen Kranken ist jedoch ein viel höherer Druck, bis zu 1,50, nötig.

Der Eingieſsung geht eine Entleerung der Blase vorauf, was der Patient selber besorgt, indem er uriniert. Alsdann legt er sich auf den

---

[2] Ich verweise hier nur auf die Arbeit von JANET in den *Ann. des mal. des org. gen.-ur. dis.* 1892; ferner auf seine Abhandlung in den *Ann. de Derm.* 1893. — Vergl. auch MOLINIÉ: *Midi méd.* 1893, und mein *Précis des maladies blennorrhagiques.* Paris, Steinheil 1894.

Rücken,[3] der Arzt reinigt die Vorhaut, die Eichel und die Harnröhrenöffnung sorgfältig mit der Kalium permanganicum-Lösung, die etwas angewärmt ist, führt alsdann die Glaskanüle in die Harnröhre ein und läſst eine ziemliche Menge einlaufen. Nun drückt er die Harnröhrenöffnung über der Kanüle eine Zeitlang zu, indem er dabei beobachtet, ob die Flüssigkeit auch aus dem Glasbehälter abflieſst. Nach einigen Sekunden bis Minuten hat die Flüssigkeit den Widerstand des Sphincter überwunden und dringt nun in die Pars posterior urethrae und in die Blase ein. Jetzt thut man gut, die Flüssigkeitssäule stoſsweise zu unterbrechen, indem man den Gummischlauch ab und zu zusammendrückt; auf diese Weise wird nämlich die vordere Harnröhre plötzlich und kräftig ausgedehnt und das Kalium permanganicum kommt mit allen Falten und Ausbuchtungen der Harnröhre in Berührung; auch wird ein etwaiger Widerstand des Sphincter urethrae durch dies Verfahren leichter überwunden. Jedoch ist es richtiger, gegenüber einer empfindlichen und leicht blutenden Harnröhre von den plötzlichen Unterbrechungen abzusehen. Dem Patienten empfehle man, während des Einlaufens zu urinieren, um auf diese Weise das Eindringen der Flüssigkeit zu erleichtern. In ganz seltenen Fällen gelingt es beim ersten Versuche nicht, den Widerstand des Sphincter urethrae zu überwinden; das zweite Mal glückt es dann aber immer.

Man läſst nun so lange von der Lösung in die Blase laufen, bis der Kranke das Bedürfnis zum Wassern empfindet. Im allgemeinen beobachte man die Vorschrift, zur Zeit nicht mehr als 300—400 g einlaufen zu lassen, damit die Blase nicht allzu sehr ausgedehnt wird. Man läſst den Kranken nun wassern, hält aber dabei von Zeit zu Zeit die Harnröhre zu, wodurch wieder eine kräftige Ausdehnung derselben (und besonders der Pars posterior) von hinten nach vorn bewirkt wird. Ist die Blase geleert, so wiederholt man das nämliche Verfahren noch einmal, reinigt darauf die Harnröhrenöffnung und bedeckt sie mit etwas aseptischer Watte.

Die Stärke der Lösungen des übermangansauren Kaliums, die ich jetzt verwende, schwankt zwischen 1 : 1000 und 1 : 6000. Ich empfehle, sie je nach Bedarf herzustellen. Man halte sich kleine, wohl abgewogene Päckchen mit dem Salze bereit, die in vorher gekochtem, lauwarmem Wasser gelöst werden. Die Stärke der Lösung richtet sich nach dem Individuum und nach der Art, wie sie vertragen wird. In der Regel beginne ich mit einer Lösung von 1 : 2000, die ich je nach den Indikationen, von denen noch die Rede sein wird, bald verstärke und bald verdünne.

Für die Häufigkeit der Ausspülungen gilt als oberstes Gesetz, daſs sie mindestens alle 24 Stunden einmal erfolgen müssen. Bei frischem

---

[3] Ich habe mehrfach Studenten behandelt, die diese Ausspülungen ohne die geringste Schwierigkeit im Sitzen bei sich vornahmen.

und akutem Tripper nimmt man sie täglich zweimal vor, bei akutem chronischem genügt eine einmalige tägliche Ausspülung.

Zahl der Ausspülungen. Wenn es gilt, einen Tripper, der noch keine vier Tage alt ist, abortiv zu heilen, so mache ich für gewöhnlich während der ersten drei Tage täglich zwei Ausspülungen, während der folgenden vier Tage dagegen nur je eine.

Bei einer alten Gonorrhoe genügen in der Regel sechs Ausspülungen, an je einem Tage vorgenommen. Steht der Tripper aber noch in voller Blüte, so kommt man häufig nicht ohne eine gröſsere Zahl von Ausspülungen (18—20 Tage lang) davon; im Mittel reichen 10 Tage hin, man thut aber gut, anfangs zweimal täglich auszuspülen.

Man hört mit den Ausspülungen nicht früher auf, als bis man sich von dem Fehlen des Gonococcus im Ausfluſs überzeugt hat. Hierzu genügt übrigens schon die makroskopische Betrachtung, denn ein weiſslicher Ausfluſs enthält gewöhnlich noch Gonokokken, während sich ihr Fehlen durch eine klare oder rötliche Färbung des Ausflusses verrät.

Im übrigen wird jeder bei häufiger Anwendung dieses Verfahrens am ehesten herausfinden, was seinen Patienten zweckdienlich ist.

Die Art der Wirkung. Fast unmittelbar nach der Ausspülung zeigen sich alle objektiven und subjektiven Symptome einer starken Kongestion des geschwollenen Penis, die Eichel ist verdickt, der Meatus ödematös; zuweilen besteht auch etwas Spannung; es kommt zu reichlichem Ausfluſs einer wässerigen oder rötlichen serösen Flüssigkeit, die die Watte braun färbt; das Wassern ist schmerzhaft. Dieser Zustand hält vier bis höchstens fünf Stunden an, alsdann kehrt alles wieder zur Norm zurück.

Das Auftreten dieser Symptome ist durchaus erforderlich, die „Reaktion“ ist notwendig; um sie zu erhalten, muſs man die Ausspülungen häufiger vornehmen (jedoch niemals mehr als zweimal in 24 Stunden), die Lösungen verstärken. In der Regel stellt sich die Reaktion erst am dritten Tage ein; man unterhält sie alsdann 3—4 Tage, aber mit Vorsicht, indem man die Lösung schwächer nimmt. Immer wolle man im Auge behalten, daſs manche Harnröhren auch sehr starke Lösungen ohne Schaden vertragen, während andere schon bei einer Lösung des Kalium permanganicum von 1,0 : 6000,0 heftig reagieren.

Noch einmal sei es gesagt: es gehört etwas Übung und Erfahrung dazu, um diese Methode mit dem gröſstmöglichen Nutzen zu verwenden.

Bei mikroskopischer Untersuchung des Ausflusses finden sich verhältnismäſsig nur wenige geformte Elemente (des éléments figurés), eine groſse Zahl unregelmäſsig gestalteter Epithelzellen, von Leukocyten verhältnismäſsig nur sehr wenige; die Gonokokken sind verschwunden.

Giefst man etwas von dem Ausflufs auf eine Glasplatte, so erkennt man auch hier einen wesentlichen Unterschied von dem Eiter.

Die Indikation für das Verfahren ist allemal und immer gegeben, wenn ein gonokokkenhaltiger Ausflufs besteht.

Kontraindikationen sind:

1. Das Vorhandensein einer Cystitis; hierüber mufs man sich vorher in irgend einer Weise Klarheit verschaffen. 2. Das Vorhandensein einer Folliculitis urethralis.

Die Epididymitis giebt höchstens einen Grund mehr zur Anwendung des Verfahrens ab.

Was nun den Erfolg anbelangt, so blieb er mir bei den von mir selbst behandelten Fällen nur in einem sehr schweren Fall, den ich nicht lange genug überwachen konnte, aus. Von denjenigen Fällen meiner Krankenhaus-Abteilung, deren Behandlung ich dem Wärter überliefs, heilten 80% innerhalb zehn Tagen; 15% erforderten eine längere Behandlung; 5% haben das Krankenhaus ungeheilt verlassen. Die Erfolge richten sich im übrigen nach der Dauer des Leidens; bei ganz frischem und ganz chronischem Tripper sind sie am günstigsten.

Nach meinen Erfahrungen mufs die Janetsche Methode bei richtiger Anwendung jeden Tripper heilen, wobei man nicht vergessen wolle, dafs ich den Tripper dann als geheilt betrachte, wenn wirklich alle Gonokokken verschwunden sind. Hierüber erhält man Gewifsheit, indem man den Ausflufs entweder wiederholt mikroskopisch untersucht, oder den Kranken Alkohol, Bier u. s. w. trinken läfst, oder indem man eine Sublimatlösung (1,0 : 4000,0), bezw. eine Höllensteinlösung (1,0 ; 2000) in die Harnröhre einspritzt.

Etwas Ausflufs bleibt für gewöhnlich noch bestehen, derselbe verschwindet aber in der Regel nach 4—5 Wochen von selbst. 8—10 Tage nach Ende der Behandlung darf man den Coitus gestatten; doch soll sich der Kranke dabei 6—7 Wochen eines Kondoms bedienen, um eine sekundäre Infektion zu vermeiden.

Für mich bedeutet die Janetsche Methode den wichtigsten Fortschritt in der Therapie der Geschlechtskrankheiten seit der Einführung des Jodkalis in der Behandlung.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Versammlungen.

Rückblick auf den XI. Internationalen Medizinischen Kongreſs in Rom.

Von

Dr. Ernst Heuss in Zürich.

Geehrter Herr Redakteur!

Mit gemischten Gefühlen komme ich Ihrem Auftrage nach, einen kurzen Bericht über den Verlauf des XI. Internationalen Medizinischen Kongresses mit besonderer Berücksichtigung der dermatologischen Sektion für Ihre Leser zu schreiben. Nur schwer gelingt es Ihrem Referenten, die glanzvollen Bilder der ewigen Roma, die an seinem geistigen Auge noch übermächtig vorüberziehen, zu bannen und in möglichst objektiver Weise das Wesentliche aus der „sezione diciasette“ vorzuführen.

Die Tagesblätter haben über den allgemeinen Eindruck, den der Besucher von diesem Monstrekongreſs mit seinen 9000 Teilnehmern empfing, genügend berichtet, von dem Wirrwarr ohn' Ende, von einem Babylon von tragikomischen Miſsverständnissen, von groſsen Festen und Essen, wovon die meisten ausländischen Ärzte nur vom Hörensagen zu berichten wuſsten, von glänzenden Beleuchtungen, von Blumenkorso und „Moccoletti“.

Teilweise haben sich diese Berichte in einem Tone bewegt, der, in der ersten Aufregung und Enttäuschung nach den hochgehenden Versprechungen begreiflich, im Interesse des Schreibers und aus Rücksicht für die genossene Gastfreundschaft besser nicht angeschlagen worden wäre. Immerhin beginnt allmählich die hochgehende Flut der Entrüstung sich zu legen, und man gelangt zu einer ruhigeren Beurteilung speziell auch der wissenschaftlichen Ergebnisse dieses in seiner Art einzigen Kongresses. Denn daſs der Kongreſs auch in wissenschaftlicher Beziehung etwas „noch nicht Dagewesenes“ war, bezeugt die ungeheure Zahl von gegen 3000 Vorträgen, die gehalten wurden. Allerdings, ob die Qualität mit der Quantität gleichen Schritt hielt, das möchte Referent billig bezweifeln; manche der Vorträge und Mitteilungen dürften mehr der persönlichen Eitelkeit als dem wissenschaftlichen Wert entsprungen sein. Daſs unter dieser Hyperproduktion von detailistischen Mitteilungen, meist kasuistischen und therapeutischen Inhalts, mancher wertvolle Vortrag zu leiden hatte, manche Frage, die eine ausgedehnte Diskussion verdient hätte, kurzer Hand ad acta gelegt wurde, diese Beobachtung drängte sich einem nicht

nur in der dermatologischen Sektion, sondern auch in den anderen Abteilungen auf. Die unmittelbare Folge dieses embarras de richesse war, dafs das Interesse rasch erlahmte, und die Zahl der Anwesenden schon in den ersten Tagen auf die Hälfte und darunter sank. Würde sich nicht für spätere Kongresse eine vorhergehende Auslese (z. B. durch ein ad hoc bestelltes Komitee) derjenigen Mitteilungen empfehlen, die sich in erster Linie zum Vortrag und zur Diskussion eignen, während die übrigen bei Mangel an Zeit immerhin in den Kongrefsakten zur Aufnahme kämen?

Geradezu als eine Unsitte, die sich in den letzten Kongressen immer breiter macht, möchte ich das Vorlesen von Arbeiten bezeichnen, die von dem Kongrefs Fernbleibenden eingesandt werden. Damit begiebt sich der Abwesende von vornherein des Rechtes der Diskutierbarkeit seiner Arbeit. — Als eine Rücksichtslosigkeit gegenüber den Anwesenden kennzeichne ich das Vorgehen einiger Ärzte, ihre Mitteilungen, oft sehr prekären Inhalts, im rasendsten Tempo vorzulesen, um ja innerhalb der für jeden Vortrag bestimmten Zeitdauer von 15 Minuten mit ihrem Manuskriptenband „fertig" zu werden. Von einem Verständnis dieser Wortmühle konnte natürlich kaum für die Nächsbefindlichen die Rede sein.

Ein weiterer Übelstand, der sowohl den Besuch der einzelnen Sitzungen, als auch einer regen Diskussion Eintrag that, war die Vielsprachigkeit der Vorträge. Nur wenige Sprachgewandte konnten den Kongrefsverhandlungen ganz folgen, und für diese Wenigen erforderte dies wegen der herrschenden Unruhe die höchste Anspannung ihrer Aufmerksamkeit. Redete z. B. ein Italiener, so gaben sich die drei anderen Sprachvertreter dem nur durch die Klingel des Präsidenten hie und da gestörten Genufs einer Privatunterhaltung hin, und vice versa. Unwillkürlich mufste sich einem bei diesem Sprachengewirr der Gedanke an eine internationale Kongrefssprache, z. B. die französische, aufdrängen.

Und, last not least, noch ein Punkt that dem Besuche der Sitzungen vollends Eintrag: Rom selbst und seine Umgebung. Von drüben her blickte der Apennin mit dem schneebedeckten Soracte auf die im ersten Frühlingsschmuck prangenden klassischen Gefilde; ein tiefblauer Himmel wölbte sich über den mächtigen Ruinen des Colosseum, über dem gewaltigen marmornen Trümmerfeld des Forum romanum, der himmelanstrebenden Kuppel des St. Peter. War es da auch dem hartgesottensten Dermatologen zu verargen, wenn er dem Lockruf folgte und den Fütterungsversuchen mit Mitteilungen und Weisheit aller Art, die er überdies mit mehr Genufs und mehr Behagen später „gedruckt" innerhalb seiner vier Wände verdauen konnte, den Rücken kehrte? Aufrichtig gesagt, auch Ihr Referent konnte nicht widerstehen; auch er schwänzte gar manche Sitzung und vertauschte den Hautarzt mit dem Kunst- und Altertumsschwärmer. Schon aus diesem Grunde müssen Ihre Leser auf eine genaue

Wiedergabe der einzelnen Vorträge verzichten und sich bis zum Erscheinen der Kongreſsakten gedulden.

Mittwoch, den 28. März, fand ohne weitere Feierlichkeiten die Eröffnung der Internationalen Hygienischen Ausstellung statt. Dürfte dieselbe wohl kaum den Anspruch auf den Namen einer wahrhaft „Internationalen" erheben (auſser Italien war fast nur Deutschland, mit vereinzelten Ausstellern die Schweiz, Österreich, Frankreich und England vertreten), so bot sie neben einigen hübschen Gruppen (ich nenne nur die reichhaltige balneologische Ausstellung, das Barackenlager für Verwundete des preuſsischen Kriegsministeriums etc.) auch dem Dermatologen manches Interessante.

So nenne ich in erster Linie die prächtigen Moulages von Henning, ausgestellt von der Wiener dermatologischen Klinik. In der Ausführung dürften z. B. diejenigen von Sarcomatosis, Xeroderma pigmentosum, Lupus hypertrophicus, Erythema vesiculosum et papulosum etc. nur wenig hinter den Kunstwerken eines Baretta zurückstehen. Kein Wunder, daſs vor diesen plastischen Facsimiles der Strom von Ärzten und Laien staunend und gruselnd sich staute.

Ergänzend zur Seite stand die Breslauer Klinik, die in einem Nebenraum eine reiche Auswahl von einfachen und stereoskopischen Photographien ausgestellt hatte, so ziemlich sämtliche dermatologische Affektionen in den verschiedensten Nuancen und Stadien umfassend, in ihrer haarscharfen, klaren Ausführung den Mangel an Färbung kaum vermissen lassend. Mit einer Anzahl wunderbar klarer Diapositive, das Interesse jedes Kenners erregend, war das Leipziger pathologische Institut vertreten. Durch elegante und praktische Ausführung fanden die kystoskopischen Instrumente von Nitze und Hartwig, beide in Berlin, allseitige Beachtung. Dicht daneben hatte in einer mächtigen Vitrine eine Riesenkollektion von Suspensorien von Julius Römpf in Zeulenroda Aufnahme gefunden. Daſs auch die groſsen deutschen chemischen Fabriken mit ihren neuesten und allerneuesten chemischen Präparaten nicht fehlen durften, versteht sich von selbst. Durch eine reichliche Beschickung mit ihren Produkten war die Ichthyol-Gesellschaft in Hamburg vertreten, worunter nicht am wenigsten Interesse erregte das „in Stein eingegrabene Monogramm des Producenten", d. h. Ichthyolschiefer mit Abdrücken des „Ichthyosaurus". Beiersdorf & Co. in Hamburg hatten eine reiche Auswahl ihrer bekannten Pflaster- und Salbenmulle, Zinkleime, Seifen etc. ausgestellt. Daneben suchte Lehmann in Berlin dem Gonorrhoiker das Einnehmen von Copaiva etc. durch elegante Gelatinekapseln zu erleichtern. Noch manches möchte ich berichten; doch leider erschwerte das Fehlen eines Ausstellungskataloges ungemein die Übersicht. Nicht vergessen will ich die prächtigen Mikroskope, welche eine Anzahl der bedeutendsten Firmen des In- und Aus-

landes ausgestellt hatte. Im ersten Stock war die besonders von deutschen Verlagsbuchhandlungen reichlich beschickte medizinische Litteratur untergebracht.

Die Eröffnungssitzung des Kongresses fand folgenden Tags stante pede im Beisein des königl. Hauses statt, wobei man zwar im Gewühl aufser schweifsdampfenden Kollegen und einigen prächtigen Exemplaren von Acne rosacea nichts sah, noch weniger hörte, immerhin aber, nachdem man einige Stunden sich hatte herumkneten lassen und an die schmerzliche Gegenwart von Hühneraugen des öfteren erinnert wurde, mit dem süfsen Bewufstsein davonging, dem wichtigsten Momente (!?) des XI. Internationalen Medizinischen Kongresses in persona beigewohnt zu haben!

Donnerstag nachmittags 3 Uhr mit Konstituierung der Sektionen in der neuen Poliklinik begann auch das Kutscherfest, d. h. eine Reihe von glänzenden ertragsreichen Tagen für die Kutscher Roms. Ein endloser Zug von Ein- und Zweispännern (ein Tram stand wohl auf dem Papier, in brüderlicher Fürsorge für die kutschierenden Landsleute liefs man es aber beim Projekt bewenden) bewegte sich auf der sonnendurchglühten, später regendurchsumpften Strafse zu der weit aufserhalb der Stadt liegenden Poliklinik. Die letztere bietet in ihrer Anlage, wenn sie mal fertig sein wird, die gröfste Ähnlichkeit mit dem Eppendorfer Krankenhause in Hamburg oder dem Berner Inselspital, natürlich viel gröfser; zur Zeit des Kongresses aber war nur die erste Gebäudereihe — fast fertig, immerhin so weit, um für alle Sektionen Unterkunft bieten zu können.

Das helle und gut akustische Lokal für die dermatologische Sektion schien zwar anfangs gegenüber der Zahl aller Wissensdurstigen zu klein zu sein; zählten doch die ersten Sitzungen weit über 100 Teilnehmer: in der Folge erwies sich diese Besorgnis als unnötig. In weiser Fürsorge hatte das wackere Präsidium, Prof. de Amicis, die kahlen Kalkwände mit Abbildungen interessanter dermatologischer Fälle aus seiner Klinik, sowie einigen Moulages schmücken lassen, das dulce cum utili verbindend. Hierunter erregten einige scheufsliche Fälle von Lues ulcerosa, Formen, wie man sie bei uns nie oder doch nur höchst selten sieht, vor allem mein Interesse.

Mit einigen liebenswürdigen Worten begrüfste Prof. de Amicis-Neapel als Präsident des Organisationskomitees für Dermatologie die Anwesenden, worauf zur Wahl der Vorsitzenden geschritten wurde.

Einstimmig zum Präsidenten gewählt wurde Prof. de Amicis, zu Ehrenpräsidenten: Hallopeau, Jullien, Perrin, Lewin, Schweninger, Neisser, Unna, Lassar, Kaposi, Lang, Schwimmer, Petrini, Crocker, Pringle, Malcolm Morris, Thin, Stoukovenkoff, Pospelow, Haslund, Azua, Boeck.

Schon in der ersten Sitzung fiel das Vorwiegen des romanischen Elementes auf. Überaus erfreulich war besonders die rege Teilnahme der italienischen Dermatologen, welche in zahlreichen Vorträgen den Beweis leisteten, dafs die jüngste politische Grofsmacht auch auf wissenschaftlichem Gebiete eine hervorragende Stellung einnimmt. Die Sitzungen wurden, da sich Unzukömmlichkeiten herausstellten, auf Vorschlag SCHWIMMERS in der Folge von 9—1 Uhr ohne Unterbrechucg abgehalten. Zuerst wurde ein allgemeines Thema behandelt, worauf die zahlreichen, oft ermüdenden Mitteilungen folgten. Als Mangel empfand Referent das Fehlen jeglicher Krankendemonstration. Wohl kamen im Verlauf der Sitzungen einige Instrumente, diverse bakteriologische und pathologische Präparate zur Vorweisung, die Vorstellung von Krankheitsfällen, die substanzielle Grundlage zu der dermatologischen Diskussion, blieb aber vollständig aus. Wort und Bild ersetzen die Wirklichkeit nur unvollkommen; die Vorweisung z. B. einiger Lichen-, einiger passender Ekzemfälle bei der jeweiligen Debatte über diese Themata hätte unendlich mehr zum gegenseitigen Verständnis und zur Klärung der Auffassung beigetragen. Wohl über 100 Vorträge und Mitteilungen wurden innerhalb der fünf Sitzungstage zur allgemeinen Kenntnis gebracht, nicht mitgezählt die Referate und Korreferate, gewifs eine stattliche Leistung auch für die Zuhörer. Zur Behandlung kamen folgende allgemeinen Themata:

1. Der Gonococcus und der blennorrhagische Prozefs.
2. Die dem primitiven idiopathischen multiplen Hautsarkom beizumessende Bedeutung und dessen Nomenklatur.
3. Die Natur des venerischen Schankers.
4. Der gegenwärtige Stand der Lichenfrage.
5. Das Ekzem und dessen Natur.
6. Über die Behandlung der Syphilis und insbesondere über den geeigneten Moment für den Beginn der Allgemeinbehandlung.

Neben der Wissenschaft kam auch die Geselligkeit zu ihrem Recht. Am Samstag, den 31. März, folgten die meisten Dermatologen einer freundlichen Einladung des Komitees zu einer Soirée in den prächtig dekorierten Räumlichkeiten des Costanzitheaters, wobei Prof. DE AMICIS und dessen liebenswürdige Gemahlin, umgeben von einem glänzenden Damenflor, die Honneurs machte. Eine Aufzählung der schneidigen Toaste, quoad Anzahl ein würdiges Pendant zu den tags genossenen wissenschaftlichen Mitteilungen, wird mir der Leser erlassen.

Mittwoch, den 4. April, abends, vereinigte ein solennes Sektionsbankett die noch anwesenden Mitglieder in den Sälen des Restaurant Cornelio; am 5. April officieller Schlufs des Kongresses.

1. Sitzung. Freitag, den 30. März 1894. 9 Uhr.

Präsidenten: Kaposi, später Hallopeau, assistiert von de Amicis und Breda.

Über den Gonococcus und den blennorrhagischen Prozefs referiert Touton. Seine Ausführungen gipfeln in folgenden Sätzen:

I. Der Gonococcus ist die Ursache des blennorrhoischen Prozesses.

II. Die Diagnose des blennorrhoischen Prozesses wird durch den mikroskopischen Nachweis des Gonococcus sichergestellt. Häufig während des Verlaufes der Affektion zu wiederholende mikroskopische Untersuchungen sollen die Grundlage der Beurteilung des jeweiligen Standes der Erkrankung, sowie unserer therapeutischen Mafsnahmen bilden.

III. Ehe man die Anwesenheit des Gonococcus ausschliefst, sind bei anfangs negativem Befunde häufige mikroskopische Untersuchungen, event. nach vorausgegangenen provokatorischen Reizungen, erforderlich. In vielen, insbesondere älteren Fällen, findet man so die anfangs vermifsten Gonokokken.

IV. In seltenen Fällen mufs zur Sicherung der Diagnose das Wertheimsche Kulturverfahren zu Hülfe genommen werden. Dieses tritt insbesondere dann in sein Recht, wenn mikroskopisch nur verdächtige „Involutionsformen“ gefunden werden, wie dies z. B. in älteren geschlossenen Eiteransammlungen der Fall ist (Gelenke, Tube).

V. Sämtliche Epithelarten können dem Gonococcus als Invasions- und Brutort dienen. Intakte verhornte Epidermis scheint immun zu sein.

VI. Auch das Bindegewebe, sowohl das epithelbekleidete, als auch das endotheltragende (seröse und Synovialhäute), kann von der Gonokokkeninvasion betroffen werden. Die Weiterverbreitung der Gonokokken geschieht in den Lymphspalten.

VII. Begünstigende Momente für die Gonokokkenansiedelung und -Vermehrung sind:

1. Blutreichtum, Weichheit und Succulenz der Gewebe, weite intercelluläre Räume oder Saftspalten,
2. in ihrem Wesen noch unbekannte chemische Bedingungen.

VIII. Diese Momente können sein:

1. angeboren, im Verhältnis zu denen anderer Individuen auffallend,
2. begründet in dem Alter der Individuen,
3. geschaffen durch vorausgehende anderweitige Affektionen (traumatische, chemische, bakterielle),
4. geschaffen durch die hochgradige chemotaktische Fernwirkung des Gonococcus selbst.

IX. Der blennorrhoische Prozefs ist bei der gewöhnlichen Infektion von aufsen in erster Linie eine Epithelaffektion mit gleichzeitiger eiteriger Entzündung des darunterliegenden Bindegewebes. Wucherung der Genokokken in den Intercellularräumen, Aufquellung der Epithelzellen mit Abnahme der Färbbarkeit der Kerne, Durchsetzung der Intercellularräume mit Eiterkörperchen, Lockerung des Gefüges der Epithelzellen, Verwerfung und schliefslicher Zerfall derselben sind nebst den Zeichen der Rundzelleninfiltration im Bindegewebe die wesentlichen Komponenten des im Gewebe verlaufenden Prozesses.

Vollständige Blofslegung des Bindegewebes nach Verlust der Epitheldecke ist möglich (nach Dinkler auch Nekrose dessen Oberfläche, Thrombose und Nekrose der Blutgefäfse). Bei kurzer Dauer und oberflächlichem Verlauf des Prozesses tritt nach der Abheilung Restitutio in integrum ein, tiefere und länger dauernde Affektionen endigen mit Bindewebsschrumpfung. Endotheltragendes Bindegewebe hat grofse Neigung, unter Adhäsionsbildung zwischen einander berührenden Flächen abzuheilen.

X. Der Gonococcus kann zur Metaplasie einer Epithelart in eine andere Ver-

anlassung geben. Diese Metaplasie kann in gewissen Fällen die Bedeutung einer selbstgeschaffenen Prädisposition zur Weiterverbreitung des Prozesses zukommen.

XI. Manchmal findet sich auch in der Nähe der Gonokokkenansiedelung eine Hyperplasie des Epithels. Dieses hyperplastische Epithel kann nach längerem Bestande des Prozesses z. B. durch Maceration zerfallen und so durch Freilegung des Bindegewebes zu Erosionen Veranlassung geben.

XII. Auch die Bindegewebszellen können unter der Einwirkung der Gonokokkeninvasion proliferieren.

XIII. Sämtliche infolge der primären Blennorrhoe an entfernten Körperstellen auftretenden Erkrankungen können, theoretisch betrachtet, ebenso wie die per continuitatem erkrankenden Nachbarorgane des primären Herdes durch den Gonococcus selbst und seine Toxine hervorgerufen werden (Gonokokkenmetastasen). Von einem Teil derselben ist dies sicher nachgewiesen.

XIV. Die Leukocyten fungieren den Gonokokken gegenüber nicht als Phagocyten, sondern sie vermitteln einfach den Transport der Gonokokken aus dem Körper, ab und zu auch neuerdings in vorher nicht erkrankte Teile. Die Gonokokken vermehren sich in den Leukocyten ebenso, wie frei in den Gewebsspalten und Lymphräumen.

XV. Mischinfektionen können bei der Blennorrhoe vorkommen, jedoch sind sie zu keiner der Komplikationen erforderlich. Bei tiefer Vereiterung (Nekrose) des Bindegewebes liegen wohl meistens sekundäre Eiterbakterieninfektionen vor. Oberflächliche Bindegewebseiterungen können in vorher von Epithel bekleideten Organen, insbesondere in Hohlräumen, nach Verlust des Epithels durch den Gonococcus selbst entstehen. Die Destruktion der Gewebe durch den Gonococcus ist jedenfalls viel weniger intensiv und rapid, als die durch andere Eitererreger.

Die Arbeit des Korreferenten Barduzzi brachte keine neuen Gesichtspunkte. Mir will es scheinen, dafs trotz der gewaltigen Litteratur, die sich über die Gonorrhoefrage in den letzten Jahren angesammelt, dieselbe kaum nennenswerte Fortschritte aufweist, und dafs gerade die Therapie nicht diejenigen Erfolge zeigt, welche die Entdeckung Neissers erwarten liefs.

Grünfeld berichtet: **Über den gegenwärtigen Stand der Urethroskopie.** Je einfacher der endoskopische Instrumentenapparat, desto praktischer erweist er sich. Gute elektrische Beleuchtung läſst auch die Untersuchung mit engen Instrumenten zu; maximale Dilatation ist zur Wahrnehmung der natürlichen Verhältnisse sogar hinderlich. Die endoskopische Untersuchung giebt allerdings blofs Oberflächenbilder; immerhin hat man noch genügend Anhaltspunkte zur Beurteilung der tiefen Schicht der Mucosa.

Bajocchi demonstriert eine doppelläufige Kanüle zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe, Barrucco eine dreiläufige Kanüle zur Behandlung sämtlicher urethralen Prozesse, welche alle Vorteile der anderen Kanülen in sich vereinigen soll.

Mibelli empfiehlt Injektionen von Kalium permanganatum mit seiner Kanüle. (Vortrag erscheint in diesem Blatt.)

Dr. Padule Fabrizio macht auf den typischen Verlauf infektiöser Fieber von blennorrhagischem Charakter aufmerksam, wie er sie schon 1892 beschrieben.

Bröse (Gynäkolog) erhebt gegen den diagnostischen Wert der Gonokokken Bedenken. Er kennt Männer, die nach sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung von bekannten Spezialisten für gesund erklärt wurden und dennoch ihre Frauen inficierten, und vice versa. Die mikroskopische Untersuchung erklärt er daher für vollständig unzuverlässig. Eine Erklärung dieses negativen Befundes findet er in der Annahme, dafs die Gonokokken Involutionsformen eingehen, die, da nicht färbbar, mikroskopisch nicht mehr nachweisbar seien. Bringt man nach Wertheim etwaige Involutions-

formen auf frischen Nährboden, so entwickeln sich daraus normale Gonokokken. Gegenüber den Angriffen NEISSERS hält BRÖSE auch jetzt seinen Standpunkt aufrecht.

In der *Berl. klin. Wochenschr.* veröffentlichte STEINSCHNEIDER einen Fall, wonach es ihm gelang, Gonokokken aus den Sekreten eines Mannes zu züchten, in dem mikroskopisch keine Gonokokken nachweisbar waren.

BRÖSE hält sich daher, wie SAENGER, bei Frauen hauptsächlich an die klinischen Symptome und erklärt einen Fall so lange als infektiös, als klinische Erscheinungen von Gonorrhoe, d. h. Blennorrhoe nachweisbar sind.

NEISSER meint gegenüber TOUTON, die Fähigkeit der Gonokokken, im Bindegewebe zu wuchern, werde zur Zeit vielfach übertrieben. Könnten die Gonokokken so leicht im Bindegewebe sich fortpflanzen und vermehren wie im Epithel, so müfsten besonders mehr periurethrale prostatische Abscesse zur Beobachtung kommen. An der Thatsache reiner Bindegewebserweiterungen durch Gonokokken ohne Misch infektion zweifelt indessen NEISSER nicht.

BRÖSE gegenüber betont NEISSER, dafs er vollkommen seinen alten Standpunkt inne halte: „ohne Gonokokken keine sichere Diagnose", wobei er immer und immer wieder betonen müsse, dafs die Diagnose Gonorrhoe, id est infektiöses Leiden, auszuschliefsen sehr schwer sei und nur mit gröfster Vorsicht gestellt werden könne.

JULLIEN sah bei gonorrhoischen Frauen mit Instillationen von 10%igem Ichthyol in Glycerin günstige Erfolge.

WASTRASZEWSKI berichtet über zwei Fälle von Urethritis gonorrhoica, begleitet von Arthritis und schweren cerebralen Symptomen, Facialisparese.

PETERSEN freut sich, dafs das Kapitel Gonorrhoe gemeinsam mit den Gynäkologen behandelt werde. Warum Parametritiden in letzter Zeit so häufig auf Gonorrhoe zurückgeführt werden und das klinische Bild derselben mitzuteilen, seien die Gynäkologen freilich schuldig geblieben.

MENGE (Gynäkolog) stimmt mit TOUTON überein, dafs Mischinfektion durch Streptokokken oder Staphylokokken vorkomme; doch beruhe dieselbe auf keiner Symbiose. Betreffs des diagnostischen Werts der mikroskopischen Untersuchung nimmt er ganz NEISSERS Standpunkt ein. Was die Beteiligung des Bindegewebes beim gonorrhoischen Prozefs anbelangt, citiert er drei Fälle von Ovarialabscessen, aus denen es ihm gelang, Gonokokken zu kultivieren.

CASPAR hält sich über die übertriebenen Anforderungen auf, die in letzter Zeit an die Urethroskopie gestellt werden. So die Ansicht von BRÖSE, ob es nicht möglich wäre, mit dem Urethroskop zu ergründen, ob die Urethritis infektiös sei. Das ist unmöglich; denn häufig sitzen die gonorrhoischen Prozesse submukös. Dafs man nicht überall Gonokokken findet, wo es sich um Gonorrhoe handelt, ist ebensowenig wunderbar, als die Thatsache, dafs häufig auch bei tuberkulösen Prozessen keine Tuberkelbacillen nachweisbar sind.

BRÖSE erwidert CASPAR, dafs er nicht behauptet habe, durch die Urethroskopie die Infektiosität erkennen zu wollen; dann NEISSER, dafs eine mikroskopische Untersuchung des Vaginalsekrets etc. ungleich schwieriger sei, als des Sekretes der männlichen Urethra und eben wegen ihrer Unsicherheit durch die klinische Methode ersetzt werden müsse.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

(Am 14., 15., 16. Mai 1894 in Breslau.)

Originalbericht

Von

Dr. JESSNER-Königsberg i. Pr.

Wenn ich in meinem Referat über die Nürnberger Naturforscherversammlung von der Zersplitterung der Kräfte durch die groſse Zahl der Kongresse sprach, und wenn wohl auch prinzipiell die Wahrheit dieses Satzes kaum zu bestreiten ist, so kann ich doch zu meiner groſsen Freude heute konstatieren, daſs der IV. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft unter dieser Gefahr nicht zu leiden hatte. Trotzdem kurz vorher der internationale Ärztekongreſs, wie es scheint, unter etwas zweifelhaften Auspicien getagt hat, wenn auch zum Herbst Wien zur Naturforscherversammlung einladet und hoffentlich auch, nicht nur aus historischen Gründen, seine Anziehungskraft auf die Dermatologen ausüben wird, war doch der Kongreſs zu Breslau ganz ausgezeichnet besucht. Weit über hundert Dermatologen waren, abgesehen von den Breslauer Kollegen, aus Deutschland und Österreich, aber auch aus Ruſsland, Schweden, Holland, Amerika etc., dem Rufe gefolgt und halfen den Kongreſs zu einem wirklich glänzenden gestalten. Jeder, der wie ich zum ersten Male demselben beigewohnt, wird sich der Erkenntnis nicht entziehen können, daſs die Deutsche Dermatologische Gesellschaft den Krystallisationspunkt darstellt, um den sich alles herumkrystallisiert, was sich zur Dermatologie zählt. Wohl vermiſste man manchen Namen in der Präsenzliste, den man gern darin gefunden hätte, aber hoffen wir, daſs nur sachliche Gründe dabei mitwirkten. Unmöglich können und dürfen persönliche Differenzen für das Fernbleiben ausschlaggebend sein, da niemand die ganze Gesellschaft, in der doch, wie in allen wissenschaftlichen Kreisen, das Prinzip der Gleichberechtigung gilt, entgelten lassen wird, was er einzelnen gegenüber empfindet. Ja, ich glaube sogar, daſs ein solcher Kongreſs geeignet ist, die persönlichen Differenzen in rein sachliche zu verwandeln. Wenn ich dieses ausspreche, und zwar unter Wahrung strengster Objektivität, so thue ich es im Dienste der uns alle verbindenden Wissenschaft und der uns alle einenden Kollegialität.

Auch wissenschaftliches Arbeitsmaterial war in Hülle und Fülle da. Ja, wenn man ganz offen sein will, so kann man, ohne gerade nur die Hauptwirksamkeit der Kongresse in den Diners zu sehen, sogar von einer Überfülle sprechen, die sich auch darin äuſserte, daſs mancher

Vortrag unerledigt als Manuskript in der Tasche des Autors sein verfehltes Dasein fristen mufste. Wenn ich der allgemeinen Stimmung hier Ausdruck geben darf, so ging dieselbe erstens dahin, dafs mehr Zeit für Demonstrationen von Patienten gelassen wird, wofern genügendes Material dazu vorhanden ist. Zweitens aber wurde vielfach der Wunsch rege, dafs ein Modus gefunden würde, die Zahl der Vorträge von vornherein so zu begrenzen, dafs das Pensum auch erledigt werden kann, und zwar ohne erhebliche Beschränkung der Diskussionen. Ist auch das geschriebene Wort lange nicht so anregend, wie das gesprochene, so kann man doch andererseits sich nicht der Erkenntnis verschliefsen, dafs man viele Vorträge mit ebenso grofsem Erfolge für den Autor und die Teilnehmer lesen könnte, während die Diskussionen oft, wenn auch nicht gerade regelmäfsig, manch lehrreiches Material beibringen. Manche wichtige Mitteilung, manche Erfahrung, die den betreffenden Kollegen nicht gerade zu einer Publikation veranlafst, wird im Rahmen der Diskussion berichtet. Aufserdem ist ja ein Kongrefs in seiner eigentlichen Bestimmung ein geistiger Kampfplatz. Da es doch nicht gerade viele Themata in unserer Wissenschaft giebt, die mit mathematischer Sicherheit festgestellte Ergebnisse liefern, hat jeder Vortrag, der nicht zu ergänzenden Mitteilungen führt oder zur Äufserung etwaiger entgegengesetzter Ansichten Veranlassung giebt, eigentlich seinen Beruf zum Teil verfehlt.

Auch will ich nicht die vielfach geäufserte Meinung unerwähnt lassen, dafs die Wahl der Themata für die Referate keine glückliche war. Besonders wollte die Systemfrage den meisten nicht zusagen, da das Interesse für dieselbe gerade kein reges ist. Ich kann diese Meinung um so eher hier als gewissenhafter Referent wiedergeben, als ich persönlich aus leicht begreiflichen Gründen die Systemfrage gerade mit besonderer Freude auf der Tagesordnung begrüfste.

Die Vorbereitung für die Verhandlungen war eine mustergültige, die sich alle Kongresse zum Beispiel nehmen sollten. Das Programm stellte ein ganzes Büchlein dar, enthielt nicht nur die Themata in einer übersichtlichen und klaren Anordnung, sondern, was mit besonderer Freude von allen begrüfst wurde, die Schlufsfolgerungen der meisten Redner, so dafs jeder sich vorher die Punkte aussuchen konnte, an die er in der Diskussion anzuknüpfen beabsichtigte.

Nach diesen gut gemeinten und hoffentlich auch freundlich aufgenommenen Bemerkungen gehe ich zum Berichte über die einzelnen Sitzungen.

1. Sitzung, den 14. Mai, 9 Uhr vormittags.

Als Vorsitzender der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft begrüfst Prof. Kaposi die Versammlung und motiviert es, dafs die Versammlung einem früheren Beschlusse entgegen in diesem Jahre abgehalten wird,

trotzdem ein internationaler Kongreſs stattgefunden. Jedoch wäre mit Rücksicht auf den nächstjährigen internationalen Dermatologenkongreſs sonst erst 1896 eine Versammlung möglich gewesen. Prof. NEISSER wird sodann zum Kongreſsvorsitzenden gewählt und heiſst die Erschienenen namens der in Breslau wohnenden Kollegen willkommen. Des weiteren betont er die geringe Bedeutung, welche der Dermatologie in Deutschland officiell beigelegt wird, ganz im Gegensatz zu ihrer besonders in hygienischer Beziehung so groſsen Wichtigkeit. Die Zustände in Breslau, wo jetzt die schöne, neue Klinik erbaut ist, bilden allerdings eine der wenigen rühmlichen Ausnahmen. Es folgt eine Begrüſsung der Versammlung seitens eines Vertreters der Stadt Breslau, seitens der medizinischen Fakultät (Prof. PONFICK) und seitens des Vorsitzenden des Ärztevereins. Nach Festsetzung der Geschäftsordnung wird sofort in die Verhandlungen eingetreten.

Vorsitzender: Prof. PICK.

1. Referat. KAPOSI-Wien: **Über die modernen Systematisierungsversuche in der Dermatologie.** Der Vortragende betont zunächst, daſs eine Äuſserung über die heikle Systemfrage zu den schwierigsten und undankbarsten Aufgaben gehöre und eine besondere Vorsicht in der Wahl der Worte erheische. Das HEBRAsche System hat heute noch die verbreitetste Anerkennung. Formale und sachliche Mängel haben aber viele Bestrebungen zu ändern oder ganz zu beseitigen wachgerufen. Alle neueren Versuche knüpfen an jene Mängel an. Am besten ist es, der kritischen Darstellung jener Gegner zu folgen.

Sieht man von den zahlreichen früheren Versuchen ab, so ist sowohl chronologisch wie meritorisch auf diesem Gebiete AUSPITZ der erste. In seiner 1881 erschienenen Systemarbeit glaubt AUSPITZ, das HEBRAsche System als kein natürliches ansehen zu können, da das Prinzip der Einteilung wechselt und die Durchführung keine einheitliche ist. Ein natürliches System ist ein solches, welches das, was nosologisch zusammengehalten werden muſs, auch zusammenhält. Der Gegensatz zwischen HEBRA und AUSPITZ macht sich besonders da geltend, wo es zur praktischen Ausführung kommt. Da beginnt bei letzterem ein Spiel mit Worten und Sätzen. Durch Zusammenstellung von Gruppen nach „essentiellen" Merkmalen hat er seine logischen Grundsätze verletzt. Den seit 1848 erfolgten so bedeutenden Fortschritten der Lehre von den Entzündungen hat AUSPITZ in keiner Weise Rechnung getragen. Wenn er die Klasse HEBRAS „Exsudationen" rügt, so muſs dabei bemerkt werden, daſs HEBRA darunter auch nur die Entzündungen mit allen ihren Merkmalen, rubor, calor, tumor, dolor, functio laesa, verstanden hat. Nach abfälliger Besprechung der weiteren von AUSPITZ an dem HEBRAschen System geübten Kritik wendet sich der Vortragende zu den einzelnen Klassen des AUSPITZschen Systems. Hat denn AUSPITZ in seinem System ein einheitliches Prinzip auch nur in den Hauptklassen durchgeführt? Die erste Klasse, welche die Dermatosen mit dem Charakter der einfach entzündlichen Wallung enthält, umfaſst doch in Wahrheit die aktiven Entzündungsprozesse. Wir finden da neben dem einfachen Erythem alle Arten von Entzündungen. Wenn Scabies dahin zählt, warum nicht auch die Mykosen, wenn die Stigmata dahin gehören, warum nicht auch die Exkoriationen? Die zweite Klasse, Angioneurotische Dermatosen, mit Störung des Gefäſstonus, enthält die ausgesprochensten Entzündungsprozesse, indem das doch jeder Entzündung eigene Symptom, die Störung des Gefäſs-

tonus, einseitig und grundlos hervorgehoben wird, während die eigentlichen Entzündungserscheinungen hintangesetzt werden. Bei der Vaccine ist doch schliefslich die Entzündung die Hauptsache, ebenso bei der Variola und Pustula maligna.

Die dritte Klasse, Neurotische Dermatosen, geht davon aus, dafs alle Leiden durch Störung des Nervensystems hervorgerufen werden. Es sind aber echte Entzündungen darunter. In den Unterabteilungen sind die verschiedensten Momente als Grundlagen angenommen. Die Erytheme kommen in den verschiedenen Klassen vor; dasselbe gilt von der Urticaria. Die vierte Klasse umfafst die Stauungsdermatosen; jedoch ist bei manchen der in ihr enthaltenen Leiden das Moment der Stauung überhaupt nicht nachweisbar. Die fünfte und sechste Klasse ist ähnlich den Hebraschen. Die siebente Klasse, Epidermidosen, ist auf anatomischem Prinzip aufgebaut. Jedoch finden sich neben den Keratosen auch Leiden darunter, welche klinisch und histologisch zu den Entzündungsprozessen zählen. Die differentesten Leiden sind in der Klasse vereinigt, Alopecia, Pemphigus, Gangraena cachecticorum. Die neunte Klasse, Dermatomykosen, ist eine ätiologische; warum aber fehlt die Scabies hier? Zählt diese nicht auch zu den mykotischen Leiden? Der Vortragende kommt aus der Betrachtung des Systems von Auspitz zu dem Ergebnisse, dafs dasselbe weder ein natürliches, noch ein künstliches, sondern ein gekünsteltes ist. Dasselbe ist in den leitenden Prinzipien überreich an den dem Hebraschen System vorgeworfenen Fehlern. Auch praktischen Rücksichten entspricht es nicht, weil es verwandte Formen auseinanderreifst.

Das System von Schwimmer, erschienen 1883, ist ein Vermittler zwischen dem pathologisch-anatomischen und neuropathologischen System. Besonders ist das neuropathologische Moment herangezogen worden. Es ist aber doch zweifellos, dafs die neuropathologischen Grundlagen anatomisch noch nicht festgestellt sind, nicht einmal für den Herpes zoster. Besonders betont der Vortragende, dafs der Ausdruck „Trophoneurosen“ überhaupt vermieden werden mufs. Alle möglichen Prozesse werden damit bezeichnet, als ob wir etwas über die Vorgänge bei den trophischen Störungen wüfsten; und doch ist noch nicht einmal die Existenz der trophischen Nerven erwiesen. Der Vortragende erinnert in dieser Hinsicht auch an seine Opposition gegen die Bezeichnung „Nervennaevi“. Schwimmer fügt noch als neuen Ausdruck die Trophopathien hinzu, ein Ausdruck, der aber noch unklarer ist. Das System von Schwimmer entspricht zum Teil dem Hebraschen, zum Teil enthält es alle möglichen Momente. Es genügt weder den praktischen, noch den wissenschaftlichen Bedürfnissen.

Das System von Rossi ist sehr mangelhaft, trägt aber den Stempel allgemein richtiger Anschauungen. Tommasoli hat ein höchst gekünsteltes, nicht brauchbares System aufgestellt. Im *Ziemssenschen Handbuch* waltet ein systemloses System. Im Lesserschen Buch herrscht die freieste Wahl, die noch schlechter ist, als die alphabetische Anordnung. Die anderen Systeme sind alle Modifikationen des Hebraschen; auch im Josephschen sind die Änderungen nur unwesentlich. Die jüngste Systemarbeit stammt von Jessner.

Jessner bekundet eine besondere Begeisterung für die Hebrasche Grundidee. Seine Anschauungen sind gesunde; er hält das pathologisch-anatomische Prinzip für das einzig richtige. Er kritisiert scharf das semiotische und nosologische Prinzip, wendet sich mit Mut gegen eine ätiologische Basis, bekämpft mit Erfolg das Auspitzsche System. Sobald Jessner aber zur einheitlichen Durchführung des pathologisch-anatomischen Prinzips kommt, kann der Vortragende ihm nicht folgen. Schon die erste Klasse, Funktionsanomalien, ist ein Fehler. Die Hämorrhagien könnten nicht den

Cirkulationsstörungen eingereiht werden. Die dritte Klasse, Entzündungen, umfasse natürlich die meisten Leiden; ihr Aufbau im ganzen wie im einzelnen kann nicht gebilligt werden. Die anderen Klassen schliefsen sich an HEBRAsche an.

Der Vortragende kommt zu dem Schlusse, dafs es kein Haupteinteilungs-Prinzip gebe; ein System mufs nicht logisch sein, sondern den thatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Weil es dieses thut, hat sich das HEBRAsche System solange erhalten, trotzdem sich die Kritik nicht ohne Berechtigung an ihr versucht. Die Klasse „Anämie“ ist überflüssig, sagen manche, aber es wird beim Fortfall derselben manches Leiden nicht besprochen werden können. Die Klasse „Secretionsanomalien“ ist wohl eine schlechte Klasse, aber sie liegt in der Ungeberdigkeit des Stoffes, nosologisch und klinisch ist sie gerechtfertigt. Auch an der Klasse „Ulcerationen“ will der Vortragende festhalten, die Nekrobiose des entzündlichen Prozesses ist das Charakteristische. Gut begründet ist die Klasse „parasitäre Dermatosen“. Bei dieser Gelegenheit tritt der Vortragende dafür ein, die akuten Exantheme auch fernerhin in die Dermatologie einzureihen, und wendet sich gegen BESNIER, der dieselben der inneren Medizin überweisen will. Schliefslich erklärt sich der Vortragende gegen jeden Kompromifs und gegen jede dekretierte Systematisierung und stellt folgende Thesen auf:

1. Es giebt kein Haupteinteilungsprinzip, das bezüglich der Gesamtheit der Hautkrankheiten in gleichmäfsiger und gleich logischer Berechtigung durchführbar wäre.

Der Grund hierfür liegt in der Thatsache, dafs die Erkrankung der Haut, ebenso wie die der anderen Organe keine Individuen im Sinne naturgeschichtlicher Objekte und Lebewesen darstellen, sondern nur Veränderungen der Ernährung, Funktion und Anbildung (Formation).

2. Der klinische Begriff der Krankheit, als einer Summe von organisch zusammenhängenden und teilweise sich gegenseitig bedingenden Faktoren (Ursache, Gewebsveränderung, Verlauf, Folgen) involviert die Notwendigkeit, die einzelnen Krankheitsprozesse durch die Summe eben dieser ihr Wesen ausmachenden Faktoren zu charakterisieren, d. h. auch voneinander zu unterscheiden, zu klassificieren.

3. Für die überwiegend gröfste Zahl von Krankheitsprozessen (Krankheitsformen) liegt in ihrer pathologisch-anatomischen Eigentümlichkeit der markanteste Ausdruck jener Summe von charakteristischen Erscheinungen, d. h. der Geschichte des Prozesses, und ist daher auch die pathologisch-anatomische Eigentümlichkeit für die Charakteristik und gegenseitige Unterscheidung, d. h. Klassificierung in hervorragendster, wenn auch nicht immer ausschliefslicher Weise verwendbar.

4. Da aber in einer Reihe von Hautkrankheiten nicht in den pathologisch-anatomischen, sondern in anderweitigen Eigentümlichkeiten der individuelle und unterscheidende Charakter der Krankheit ausgeprägt ist, so folgt, dafs für solche eben wieder diese als Prinzip der Zusammenfassung und Abgrenzung zur Anwendung kommen sollen.

5. Das HEBRAsche System der Hautkrankheiten beruht auf diesem Prinzip, welches in 3 und 4 ausgedrückt ist, und hat sich deshalb bisher in seinem Grundstock als das den klinischen Anforderungen am meisten entsprechende in Geltung erhalten.

6. Dies schliefst nicht aus, dafs bezüglich der Abwägung des meritorischen Wertes der charakterisierenden und unterscheidenden Merkmale, d. i. bezüglich der Klassificierung der Hautkrankheiten, der individuellen Auffassung des einzelnen Forschers volle Freiheit zugestanden werden mufs.

In der Diskussion spricht nur

JESSNER: Da es, wie der Referent betont habe, sehr heikel ist, sich über die Systemfrage zu äufsern, müsse er sich in freier Diskussion einer besonderen Vorsicht

und deshalb auch einer gewissen Kürze befleifsigen. Letzteres könne er um so eher, als er, ohne als zu bescheiden gelten zu wollen, durch die Beurteilung, welche seine Systemarbeit in dem Referate gefunden, sehr befriedigt sei. Wie er in derselben wiederholt betont, lege er vornehmlich auf den allgemeinen Teil Wert, die Einzelheiten gebe er besserer Einsicht preis. Ihm sei es darum zu thun gewesen den hohen Wert der pathologischen Anatomie für die Klassificierung darzuthun, vor allem diejenigen energisch zu bekämpfen, welche von der Ätiologie eine Klärung auch in dieser Frage erwarten. In der heutigen Zeit, in der die ätiologische Forschung alle Gebiete der Medizin beherrsche, sei man in allzu grofser Begeisterung leicht dazu geneigt, in allen Fragen alles Heil von der Klärung der Ätiologie zu erwarten. Dieses gehe zu weit, niemals könne die Ätiologie die Basis für eine Klassificierung bilden. Wenn der Referent die allgemeinen Ausführungen seiner Arbeit so freundlich beurteilt habe, in der Kritik des Auspitzschen Systems mit ihm übereinstimme, dann wisse er ihm dafür Dank. Auf die Einzelheiten einzugehen, verzichte er gern, obgleich er nicht zugeben könne, dafs man gewisse Klassen des Hebraschen Systems, wie die Sekretionsanomalien, die Ulcerationen, die parasitären Krankheiten, welche um so differentere Prozesse in sich vereinigen, je mehr Leiden als durch Mikroorganismen bedingt erwiesen werden, aufrechterhalten könne. Ihm sei es hauptsächlich darum zu thun gewesen, dafür einzutreten, dafs die Basis des Hebraschen Systems die einzig gesunde ist, auf der weitergebaut werden müsse, und in diesem Hauptpunkte seiner Arbeit wisse er sich mit dem Referenten eins.

Es folgen dermatologische Vorträge.

Liebreich-Berlin: **Über die biologische Bedeutung der Vernix caseosa.** Bei seinen Untersuchungen zur Feststellung der Natur der Fette in der Keratinsubstanz ging Liebreich, da die Versuche an Tieren nicht beweisend sind, aus von der Vernix caseosa. Von Wichtigkeit für die Forschungen ist die Liebermannsche Reaktion für Cholestolkörper: Jeder cholestolhaltige Körper zeigt bei Zusatz von Essigsäureanhydrid und einer Spur von konzentrierter Schwefelsäure eine eigentümliche Farbenskala. Essigsäureanhydrid ist, was der Vortragende noch ausdrücklich zu betonen für nötig hält, nicht identitisch mit Eisessig; es entsteht wenn man 2 Molekülen Essigsäure 1 Molekül Wasser entzieht. Die Farbenveränderung tritt nach einigen Minuten auf, zuerst rot, dann blau, was zu Violett führt; durch Hinzutreten einer Gelbfärbung erhält man schliefslich eine grüne Farbe. Alle gewöhnlichen Fette geben diese Reaktion nicht, welche, wie Blaschko gezeigt hat, auch unter dem Mikroskop ausgeführt werden kann. Der Vortragende hat diese Reaktion in hornigen Substanzen stets gefunden, auch da, wo das Cholestearinfett mit anderen Fetten vermengt ist.

Der Vortragende suchte nun die Fragen zu beantworten: Wie steht die Keratinsubstanz zum Drüsengewebe? Woher stammt das Cholestearinfett? Die Behauptung Unnas, dafs die Schweifsdrüsen auch Fett producieren, zurückweisend, berichtet der Vortragende zunächst über seine Versuche, die Herkunft des Cholestearinfettes zu bestimmen; im Talgdrüsensekret konnte er dasselbe nicht finden. Die Schwierigkeit liegt darin, dafs man das Cholestearinfett nicht verseifen kann. Die Trennung des Cholestearins vom Glycerin ist deshalb erst gelungen durch Propylalkohol, welcher einen Teil des Cholestearins abzuscheiden vermag. Man erhält dann eine wachsartige feste Substanz, welche sich durch Krystallisation in charakteristischer Form vom Bienenwachs unterscheidet. Zu den weiteren Untersuchungen wurden Nägel genommen und dann Vernix caseosa, und stets konnte durch Propylalkohol Cholestol nachgewiesen werden. Um nun zu entscheiden, ob das Fett aus den Drüsen oder aus dem Hornstoff stammt, benutzte der Vortragende, nachdem sich die Nägel von Leichen

als ungeeignet erwiesen, die abgeschnittenen Nägel eines Herrn, der die Nagelstücke 20 Jahre hindurch gesammelt hatte. Und auch hier gelang es, das Cholestolwachs zu gewinnen. Damit ist die Frage entschieden, daſs das Cholestearinfett in den Zellen der Epidermis gebildet wird und aus den tieferen Schichten derselben stammt.

Casper-Berlin fragt, ob sich aus den Untersuchungen des Vortragenden Differenzen in Bezug auf die praktische Anwendung der neueren Wollfette ergeben.

Liebreich-Berlin will sich darüber nicht bestimmt äuſsern, betont nur, daſs die Wollfette frei sein müssen von Chlor. Auf die Benennung eingehend, rechtfertigt er aus historischen Gründen die Bezeichnung „Lanolin" gegenüber dem „Adeps lanae".

Lassar-Berlin bittet, mit Rücksicht auf die Herstellung von Moulagen, um Auskunft über die Stabilität des doch durch seine Härte auffallenden Cholostolwachses.

Liebreich hat in dieser Hinsicht die Eigenschaften dieses Wachses nicht ins Auge gefaſst.

Caspary: **Über Erythema multiforme.** Ein charakteristischer Fall von Erythema multiforme bietet immer viel Interessantes, stellt ein abgerundetes, typisches Krankheitsbild dar. Aber sobald man zur Ätiologie kommt, verwischt sich der originale Typus. Infektiöse, toxische, reflektorische etc. Ursachen sind dann zu berücksichtigen, wie es Besnier und Leloir betont haben, so daſs man kaum ein Analogon dafür findet. Vielleicht bietet der Herpes zoster etwas Ähnliches oder auch die Urticaria; beim ersteren haben wir wenigstens die Neuritis als Anhaltepunkt. Vieles spricht sicher für eine spezifische Ursache. Die von diesem Gesichtspunkte aus angestellten bakteriologischen Untersuchungen haben kein Resultat gehabt, er habe sie deshalb abgebrochen, da es sich um eine Hautveränderung zu handeln scheint, die durch die Gifte der Bakterien, nicht durch diese selbst ausgelöst wird. Man muſs sich deshalb an das klinische Bild halten und auch einen Schluſs ex juvantibus ziehen. In letzterer Beziehung führte die gute Wirkung des Natrium salicylicum den Vortragenden schon lange zu der Ansicht, daſs das Erythema multiforme eine Infektionskrankheit darstelle. Es scheint nicht, als ob wirklich, wie gesagt wird, das Erythema multiforme so lange dauert, bis es aufhört. Meistens genügen schon kleine Dosen Natrium salicylicum (0,5—1,0 mehrmals täglich), in manchen muſs man aber doch zu groſsen Dosen greifen. Was die klinischen Erscheinungen betrifft, so ist das Auftreten der Efflorescenzen am Handrücken und Fuſsrücken charakteristisch, aber nicht pathognomonisch. Einerseits können diese Stellen frei bleiben, andererseits schlagen auch andere Leiden an ihnen gern ihren Sitz auf, z. B. die Arzneiexantheme oder die Reflexerytheme, welche letztere der Vortragende als Urticaria rubra aufzufassen geneigt ist. Auch die Form ist beim Erythema multiforme nicht charakteristisch, selbst nicht diejenige des Herpes iris. Dasselbe gilt von dem einzelnen Schub. Das Erythema nodosum führt er absichtlich nicht an, da er zweifelt, ob dasselbe zum Erythema multiforme zählt; es spricht dafür, daſs er wiederholt beide Formen nebeneinander sah. Er faſst seine Ansichten in folgenden Schlüssen zusammen:

1. Das Erythema multiforme Hebra ist eine Infektionskrankheit und ist von allen topisch oder reflektorisch entstandenen, ähnlich aussehenden Dermatosen zu unterscheiden.

2. Weder der Sitz auf Handrücken und Fuſsrücken, so häufig er auch bei dem Erythema multiforme Hebra vorkommt, noch die Form (z. B. Erythema iris und Herpes iris) sind pathognomonisch.

3. Das Natrium salicylicum wirkt nahezu spezifisch.

Diskussion.

Herxheimer-Frankfurt a. M. hat im November 1883 eine Epidemie bei einem Regiment beobachtet; es waren vierzehn Fälle, sieben in der Kaserne und sieben im

Revier. Eine besondere Ursache war nicht zu finden. Des Vergleiches halber hat er zehn Fälle mit und zehn Fälle ohne Natrium salicylicum behandelt; einen Unterschied hat er nicht wahrnehmen können. Bei einem Falle von Erythema induratum sah er Heilung nach $^3/_4$jährlichem Gebrauch von Natrium salicylicum.

Ehrmann-Wien hat eine Reihe von Beobachtungen über das Erythema multiforme angestellt, die sich zum grofsen Teil mit denen des Vortragenden decken. Es lassen sich zwei Gruppen von Fällen unterscheiden: 1. durch Infektion von aufsen (rheumatisch) bewirkte, 2. Autointoxikationen. Bei Uteruscarcinomen, Cystitis, Prostatitis war mehr das Erythema nodosum vorherrschend. Bei Intoxikation vom Darm aus handelt es sich um Herpes iris, Erythema vesiculosum et bullosum. Das Natrium salicylicum ist mehr bei der ersten (rheumatischen) Gruppe wirksam, wo auch Gelenkschwellungen vorkommen. Wo das Natrium salicylicum bei ursächlichen Störungen im Darmkanal wirkt, da handelt es sich um eine lokale Disinfektion des letzteren. Gar nicht wirksam war es bei zerfallenen Carcinomen, zum Teil wirksam bei Cystitis und Prostatitis.

Neisser berichtet kurz über die Arbeiten von Freund und Singer, betreffend die Autointoxikations-Erytheme und die Wirkung des Menthols bei denselben. Er fragt, ob es in einzelnen Fällen bewiesen ist, dafs vom Darm aus giftige Substanzen zur Resorption kommen und Krankheiten auf der Haut auslösen. Dafs Natrium salicylicum den Darminhalt desinficiert, wie Ehrmann meint, bestreitet er.

Finger unterscheidet das idiopathische Erythema multiforme und das symptomatische. Letztere Gruppe scheidet er in zwei Unterabteilungen: durch Autointoxikation und durch direkte Einwanderung der Mikroorganismen in die Haut bedingte. Er hat in manchen Fällen abnorme Gärungen im Darmkanale nachgewiesen; in diesen Fällen hilft auch das Menthol. Es bessern sich Erythema, Urticaria, aber auch Leukopathia oris. Die zweite Gruppe der symptomatischen Erytheme ist charakterisiert durch das Hinzutreten zu Eiterungsprozessen. In zwei Fällen von Diphtherie fand er Mikroorganismen in den Hautgefäfsen in besonders reicher Menge. Es handelte sich also um eine direkte pyämische Entzündung der Haut. Eine Abtrennung der Erytheme werde man vornehmen müssen.

v. Sehlen-Hannover hat einige Fälle von Dermatitis herpetiformis gesehen, wo Störungen der Darmthätigkeit nachweisbar waren. Es handelte sich um Kinder eines Kollegen. Er hat mit gutem Erfolge Ichthyol innerlich gegeben.

Van Hoorn hat seit Jahren Natrium salicylicum bei Erythema multiforme angewandt, nicht gerade überzeugt von der Spezificität des Mittels, sondern, um doch etwas zu thun. Vielleicht ist es ein Zufall, dafs er keinen längerdauernden Fall beobachtet hat.

Schiff-Wien weist darauf hin, sich nicht zu weit vom Thema zu entfernen.

Ehrmann-Wien sah bei einer luetischen Striktur stets ein Erythem auftreten, so oft dieselbe sich verschlimmerte.

Caspary-Königsberg i. Pr. (Schlufswort). In der Diskussion haben sich doch grofse Differenzen herausgestellt. Er glaubt, dafs die idiopathischen Formen einen Verlauf für sich haben und von den symptomatischen getrennt werden müssen. Was das Natrium salicylicum betrifft, so könne er nur sagen „si duo faciunt idem, non est idem“. Es liegt eben oft an der Dosierung. Erst jüngst habe er einen Fall gesehen in dem er erst durch grofse, an die Intoxikationsgrenze gehende Dosen Erfolg erzielte.

2. Sitzung, den 14. Mai, nachmittags 2 Uhr.
Vorsitzender: Prof. Lassar.

II. Referat, Pick-Prag: **Über den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Dermatomykosen.** Der Vortragende befindet sich in der Lage eines Touristen, der

auf einem Berge den gröfsten Teil des Horizonts umwölkt findet, nur auf einer Seite einen klaren Ausblick gewinnt. Der Weg zur Klarlegung der vorliegenden Frage ist ein sehr schwieriger, vielfach durch Unkraut unkenntlich gemachter. Seitdem Schönlein und Remak die mykotische Entstehung des Favus erkannt, bewegt sich die Forschung in drei Richtungen: der klinischen, der experimentellen und der kulturellen. Zuerst suchte man das Gebiet zu erweitern, eine gleiche Ätiologie für andere Hautleiden zu finden. Dabei mufs man aber im grofsen und ganzen daran festhalten, dafs obenan stets die klinische Charakteristik stehen mufs. Soweit wir nicht aus den klinischen Beobachtungen sichere Bilder schaffen können, dürfen wir auch aus gefundenen Mikroorganismen keine besonderen Schlüsse ziehen, denn der klinische Standpunkt mufs besonders hochgehalten werden. Der Vortragende beschränkt sich deshalb auf den ursprünglichen Umfang der Hyphomykosen. — Quincke hat das Verdienst, die Anregung gegeben zu haben zu eingehender Untersuchung durch Aufstellung der Ansicht, dafs dem Favus verschiedene Pilze zu Grunde liegen, verschiedene Krankheiten unter dem Begriff Favus zusammengefafst werden. Es ist dieser Standpunkt demjenigen von Hebra sen. entgegengesetzt, der alle Krankheiten auf einen einzigen Pilz zurückführte, die verschiedenen Bilder nur durch die Verschiedenheit der Lokalisation, der individuellen Verhältnisse etc. erklärte. Wenn die Verschiedenheit der Krankheitsbilder auch entsprochen hätte der Verschiedenheit der Pilze, dann wäre ja die Sache einfach zu erklären. Zu Hebras Zeiten waren die Methoden noch zu wenig ausgebildet. Man hat nun auf das Experiment zurückgegriffen durch Ausführung von Impfungen, die ja schon Remak zum Teil gelungen waren. Es war nachzuweisen, dafs mit dem Erreger einer Krankheit auch das Krankheitsbild erzeugt werden kann. Der Vortragende kam seiner Zeit zu dem Resultat, dafs man mit dem Favuspilz ein Bild hervorrufen kann, sehr ähnlich demjenigen der Mykosis tonsurans circinata, er konnte aber nicht mit dem Pilz des Herpes tonsurans den Favus erzielen. Die Untersuchungen haben dann lange Zeit kein greifbares Resultat geliefert. Man hatte Diagnose, morphologische Verschiedenheiten studiert, konnte aber durch Züchtung keine Klarheit in die Sache bringen. In Bezug auf das Wachstum des Pilzes in der Haut selbst liegen nur sehr wenige Untersuchungen vor, so dafs man über Verschiedenheiten in dem Vordringen der Pilze nichts weifs. Bei dieser Gelegenheit betont der Vortragende, dafs die Behrendsche Chloroformprobe bisher zu wenig gewürdigt ist, die nur bei durch Herpes tonsurans affizierten Haaren die bekannte Reaktion hervorrufen soll. Er könne an Hand von in dieser Richtung angestellten eigenen Experimenten dieses bestätigen, wenn auch eine vollständige Sicherheit bezüglich der Diagnose dadurch nicht gegeben ist; auch Favushaare wurden zuweilen weifs. Meistens stimmt die Probe, giebt einen diagnostischen Anhalt, erleichtert die Untersuchung. In einem kleinen Teil der Fälle ist die weifse Färbung übrigens auch bei Herpes tonsurans ausgeblieben.

Die Untersuchungen, welche durch Quincke angeregt wurden, bewegten sich zunächst in der Richtung, ob die von den beiden Favusarten gelieferten Pilze immer nur dieselbe Art zu erzeugen im stande sind, oder wenigstens das häufiger thun, oder ob die Entwickelung des Favus scutulatus und herpeticus in besonderen Momenten zu suchen ist. Der Vortragende hat zunächst gesucht festzustellen, ob aus dem Favus scutulatus capitis die Übertragung desselben Leidens auf die unbehaarte Haut gelingt und umgekehrt. Das Ergebnis ging dahin, dafs beide Favusformen keine Differenz zeigen. Das herpetische Stadium Köbners erwies sich als abhängig von anatomischen Variationen. Überdies giebt es auch, was wenig bekannt ist, ein makulöses Vorstadium, das man oft bei Infektionen in der Anstalt beobachtet. Vom klinischen Standpunkt stellt also der Favus eine Einheit dar, verschiedene Formen im Sinne

Quinckes bestehen nicht; Verschiedenheiten sind auf Differenzen im Boden etc. zurückzuführen.

Anders ist die Sache geworden bezüglich des Herpes tonsurans; es sind wiederholt Verschiedenheiten in Bezug auf Gröfse, Farbe, Gestalt angegeben. Klinisch war man insofern glücklich, als es gelang, zum Teil verschiedene Krankheiten als Mykosis tonsurans aufzufassen. Man fand den Pilz bei Leiden, die bis dahin nicht als mykotisch erkannt worden waren. Zuerst waren es die circinären Formen, dann die Erscheinungen auf behaartem Kopf, endlich die Erscheinungen unter dem Bilde von entzündlichen Prozessen, die Sykosis und das Eccema marginatum. Nimmt man bei all' diesen das Trichophyton auch als Urheber an, so haben die Krankheiten doch Merkmale, die sie bestimmt kennzeichnen. Unter Hebra hat der Vortragende auf Grund von Untersuchungen und positiven Impfungen das Eccema marginatum als einen Herpes tonsurans bezeichnet, dennoch aber die Abtrennung als eigenes Krankheitsbild für notwendig gehalten, da zunächst klinische Thatsachen mafsgebend sind. Im Laufe der Zeit hat er aber Anhaltspunkte gewonnen, welche ihn veranlassen zu bezweifeln, dafs der Pilz des Eccema marginatum identisch ist mit dem Trichophyton; es hätte dann Hebra mit seiner Abtrennung Recht behalten. Auch ob wir die Sykosis parasitaria als eine Form des Herpes tonsurans ohne weiteres bezeichnen können, ist doch noch immer nicht ganz entschieden. Als festgestellt ist es aber anzusehen, dafs das Erythrasma Bärensprungs eine Erkrankung sui generis darstelle. Endlich ist hervorzuheben, dafs bezüglich des Herpes tonsurans maculosus eine Unklarheit besteht.

Auf Grund Hebrascher Diagnosen hat der Vortragende nicht daran zweifeln können, dafs es sich um eine Mykosis handelt, welche durch das Trichophyton bedingt ist. Es ist aber eine andere Krankheit häufig damit verwechselt. Wenn man die Pityriasis rosea auf der einen Seite als Herpes tonsurans bezeichnet, man andererseits in vielen Fällen oft keine Hyphomyceten nachweisen kann, so liegt das daran, dafs nicht in allen Stadien und nicht immer mit der nötigen Sorgfalt und Ausdauer untersucht ist; oft ist der Pilz sehr schwer zu finden. Ob die Pityriasis rosea eine Pilzerkrankung sei, weifs er nicht; in der Litteratur findet man darüber keine sicheren Angaben. Sehr gerne würde der Vortragende über die Form von Alopecia areata belehrt werden, welche sehr ähnlich ist der Mykosis tonsurans. Es ist klar, dafs erstere keine Pilzkrankheit ist, jedoch giebt es Formen, die klinisch sehr grofse Ähnlichkeit darbieten. Es gehen solche Zustände, die an die in Paris angeblich so häufig vorkommenden Epidemien von Alopecia areata erinnern, hervor aus dem Herpes tonsurans. Es findet dann eine eigentümliche Umwandlung in den Vorgängen an den Haaren statt, indem die Pilze, wenn die Krankheit in dieses Stadium tritt, die Haare nicht mehr durchwuchern und auch morphologische Verschiedenheiten darbieten. Man mufs deshalb auch in Bezug auf die Aufstellung von Arten vorsichtig sein.

An Kulturverfahren hat es nie gefehlt, mafsgebend sind sie aber nur seit Koch. Grawitz hat die Periode korrekter Untersuchungen eingeleitet, wenn auch anfangs mit ungünstigen Erfahrungen. Jedenfalls hat er zuerst die pathogenen Hyphomyceten gezüchtet; wahrscheinlich ist es aber, dafs er keine Reinkulturen erzielt hat. Die Frage ist dann durch Quincke, wie erwähnt, in Flufs gebracht. Den wunden Punkt bei den bis dahin geübten Methoden der Kultur herausgefunden zu haben, ist das Verdienst von Jadassohn; er zeigte, dafs man bis dahin keine Reinkulturen bekommen hat. Kràl hat dann an der Klinik des Vortragenden die Sache weiter klargelegt, indem dieser die Trennungsmethode durchgeführt hat. Man hat früher die Pilze, die man bei einfacher Aussaat des Favusscutulums erhielt, fälschlich für die Urheber desselben gehalten. Durch die Verbesserung der Methode ist die Sachlage jetzt geklärt, es ist eine grofse Übereinstimmung eingetreten. Es hat sich

nur ein Pilz als der wahre Favuspilz erwiesen, die übrigen haben keine Bedeutung. Nur ein Pilz ist der pathogene Organismus, welcher den Favus des Menschen zu erzeugen vermag. Wie es beim Tiere ist, sei dahingestellt. Auffällig ist, dafs noch immer Autoren an der gegenteiligen Ansicht festhalten. Die Untersuchungen von Unna, in dessen Laboratorium mit durchaus unzulässigen und unzuverlässigen Methoden gezüchtet werde, sind absolut nicht mafsgebend, da nicht anzunehmen ist, dafs er mit Reinkulturen arbeitet.[1] Der Vortragende wendet sich scharf gegen die Unnaschen neun Favuspilze und tritt energisch für die Unität des Favuserregers ein.

In Bezug auf die beiden anderen Krankheiten sind die Ansichten auch noch lange nicht vollständig geklärt. Die neueren Untersuchungen wollen auch mehrere Pilze für den Herpes tonsurans annehmen. Aber auch das scheint nicht zutreffend zu sein. Nicht die morphologischen und kulturellen Zustände allein können mafsgebend sein. Jedoch kann der Vortragende das nur als wahrscheinlich hinstellen, und auch dieses nicht hinsichtlich der Sykosis parasitaria und des Eccema marginatum.

Diskussion.

Winternitz-Prag weist auf die von ihm aufgestellten Präparate von Trichophyton hin. Sie weisen auffallende Verschiedenheiten von den Pilzen anderer Autoren auf, dieselben bleiben aber immer konstant. Entweder gehören doch die Kulturen anderen Pilzen an, oder es spielen Variationen im Nährboden mit. Die Differenzen sind: mangelhaftes Luftwachstum, geringe Entwickelung der Gonidien, die Fähigkeit, in den Nährboden einzudringen und Farbstoffe zu bilden. Impfungen hatten positiven Erfolg.

Krösing-Breslau zeigt Präparate von Trichophyton im hängenden Tropfen und Kulturen von demselben Pilze. Das Material, von dem der Pilz entnommen, betrifft nur die unbehaarte Haut und die Bartgegend. Die Kulturen zeigen Verschiedenheiten in Bezug auf das Wachstum des Luftmycels, aber nur makroskopisch.

Kaposi-Wien stimmt dem Referenten, namentlich in Bezug auf die Betonung der Wertschätzung der exakten klinischen Beobachtung, zu. An der Identität der Urheber des Herpes tonsurans und der Sykosis parasitaria müsse jedenfalls festgehalten werden. Letztere stamme oft von Ausschlägen von Tieren her, die man als Herpes tonsurans der Tiere ansieht. Der erste Pilz, den er seiner Zeit untersuchte, wurde in Epithelschuppen gefunden, welche Hebra ihm aus Paris schickte. Beim Eccema marginatum scheinen ihm die Pilze tiefer zu sitzen, sind ungemein langgestreckt und haben den Charakter langsamen Wachstums. Man komme ihnen deshalb schwer bei; erst mit der Einführung des Chrysarobins und des Pyrogallols sind die Ergebnisse besser geworden.

In Bezug auf den Herpes tonsurans maculosus bemerkt der Redner, dafs solche Fälle in Wien zu manchen Zeiten sehr häufig sind; das Bild entspricht ganz dem der Pityriasis rosea anderer Autoren. Man sieht diese Fälle besonders nach feuchten Umschlägen, Wasserkuren etc. Es können einzelne Herde bestehen, von denen die allgemeine Ausbreitung über den ganzen Körper ausgeht, es können auch andererseits nach Rückgang der ausgebreiteten Affektion einzelne Herde längere Zeit fortbestehen. Dafs die Pilze schwer zu finden sind, ist zweifellos. Das liegt daran, dafs der Pilz kein Mycel bildet, nur kleine Elemente vorhanden sind. Oft gelingt das Finden der Pilze erst nach stundenlangem Suchen.

In Bezug auf die Alopecia areata endemica steht Kaposi vor einem Rätsel Es ist doch wunderbar, dafs in Paris hunderte Fälle beobachtet werden; er hat allerdings, wenn er da war, niemals welche zu sehen bekommen. Es kommen ja wohl in einzelnen Familien mehrere Fälle successive oder nebeneinander vor, aber das sind doch Ausnahmen.

---

[1] Vergl. dazu die Bemerkung von Unna S. 572.

Behrend-Berlin will nur auf die vom Referenten erwähnte Chloroformprobe eingehen, die er zu einer Zeit in Kopenhagen demonstriert habe, als Grawitz die Pilze der verschiedenen Krankheiten identificiert wissen wollte, um zu beweisen, daſs doch Differenzen bestehen. Die Erklärung für die Reaktion ist folgende: Die Pilze beim Herpes tonsurans wachsen an der Oberfläche der Haut direkt in den Haarschaft hinein, durchwachsen denselben quer, so daſs er schlieſslich abbricht, daher die Stoppeln. Anders verhalten sich die Favuspilze. Sie wachsen in den Haarbalg hinein und dann von unten her in dem Haare in die Höhe. Die Haare beim Herpes tonsurans sind deshalb zerklüftet und lufthaltiger, was die Haarfarbe so lange unbeeinfluſst läſst, als die Haare eingefettet sind. Entfettet man sie aber durch Chloroform, dann werden sie weiſslich-grau, wie bestäubt. Das sehen wir beim Favus gar nicht. Betreffs der vom Referenten erwähnten Untersuchungen von Grawitz bemerkt Behrend, daſs er sich seiner Zeit selbst von der Reinheit der Kulturen überzeugt habe.

Rücksichtlich der Alopecia areata stimmt er Kaposi vollkommen bei; die Fälle von Besnier von endemischer Ausbreitung der Alopecia areata haben ihn auch zum Zweifeln angeregt.

v. Sehlen-Hannover schlieſst die Möglichkeit einer Kontagiosität der Alopecie nicht aus. Über die Unität des Favuspilzes kann er sich nicht bestimmt äuſsern, er betont aber, daſs, als er früher Vorsteher des Unnaschen Laboratoriums war, stets nur mit Reinkulturen gearbeitet wurde. Der Pilzbefund in den Favushaaren entspricht den Schilderungen Behrends; die Pilze steigen auffallend hoch in dem Haare empor. Eine andere neben der Chloroformprobe brauchbare Probe ist die Jodreaktion. Läſst man verdünnte Jodtinktur einwirken auf das Haar, so findet man eine dunkelbraune Peripherie und ein hellgelbes Zentrum.

Jadassohn-Breslau schildert seine Kulturmethode des Favuspilzes aus Haaren und betont, daſs man durch dieselbe ebensogute Resultate erhält, wie durch das Králsche Verfahren. Er wirft die Frage auf, ob Favuspilze im Corium gefunden werden. Betreffs der Pityriasis rosea bemerkt J. gegenüber Kaposi, daſs eine Differenz gegenüber dem Herpes tonsurans doch besteht.

Lesser-Bern: Daſs die Sykosis parasitaria sich aus dem Herpes tonsurans entwickelt, ist klinisch leicht zu beobachten. In Bern sieht er meistens gerade das Bild der Sykosis parasitaria mit heftigem Verlauf, und zwar entstehen diese Fälle durch Übertragung von Tieren. Auſserdem hat er ein Bild gesehen, das der Impetigo contagiosa entspricht, aber gleichzeitig mit Herpes tonsurans auftrat; die Heilung erfolgte schnell und spontan.

Neisser-Breslau glaubt an der Einheit des Favus nicht zweifeln zu können. Sehr verschieden dagegen sind die klinischen Bilder des Herpes tonsurans. In Breslau findet man verhältnismäſsig sehr viel die heftige Sykosis. Was die Pityriasis rosea betrifft, so ist es auch nicht gerade beweisend, wenn man einmal einen Pilzfaden trifft; es bedarf da groſser Vorsicht.

Riehl-Wien identificiert die Pityriasis rosea mit dem Herpes tonsurans maculosus, hat aber niemals Pilze gefunden. Was die Frage von Jadassohn betrifft, so hat er Pilzfäden in den tieferen Cutislagen gefunden. Bei der Maus kann ja auch am Ohr der Knorpel vollkommen durch Favus zerstört werden. Es giebt nicht nur Favuserosionen, sondern auch Favusgeschwüre.

Neebe-Hamburg erwidert auf die Angriffe des Referenten gegen die Arbeitsmethode im Unnaschen Laboratorium. Die Methode gebe sichere Reinkulturen; die von ihnen vorgenommene direkte Übertragung von der unteren Fläche des Scutulums mit sterilen Nadeln entnommenen Partikelchen genüge, eine Verreibung nach Král ist entbehrlich. Die Bedingungen, welche Unna an die Differenzierung zweier Pilze

stellt, berichtet Nebbe nach der diesbezüglichen Publikation. Wenn man dieselbe berücksichtigt, so müsse man wenigstens fünf verschiedene Arten von Favuspilzen annehmen. Er könne deshalb bis auf weiteres der Unität derselben nicht zustimmen.

Blaschko-Berlin führt betreffs der Pityriasis rosea aus, daſs doch der schwierige Nachweis der Pilze sehr auffallend ist. Auch die klinische Erfahrung spricht gegen die Identität. In Berlin werden 90% aller Fälle von Herpes tonsurans in Barbierstuben erworben; meist sitzt die Affektion am Halse, niemals aber entstehe daraus das Bild der Pityriasis rosea. Letztere ist auch eine in kurzer Zeit spontan heilende Krankheit.

Ehlers-Kopenhagen: Die Favusfrage wird kaum früher entschieden werden, als bis wir durch Züchtung die Pilze zur Fruktifikation zu bringen vermögen. Daſs die Alopecia areata eine kontagiöse Erkrankung ist, davon ist er überzeugt; er hat sie in Paris in vielen Fällen, sechsmal in Kopenhagen gesehen. In diesen Fällen hat er stets die Infektionsquelle nachzuweisen vermocht. Die neurotische Entstehung ist sehr zweifelhaft. Wenn nach einer Operation am Halse Alopecia areata an der betreffenden Seite entstehe, so ist es doch immer fraglich, ob nicht durch den lange getragenen Verband günstige Bedingungen für das Kontagion geschaffen sind.

Ehrmann-Wien glaubt, daſs die kontagiöse Form der Alopecia areata doch verschieden ist von der gewöhnlichen. In den Wiener Kasernen hat er niemals einen Fall von Alopecia areata finden können.

Arning-Hamburg hat zweifellose Epidemien von Alopecia areata gesehen. Von fünf gleichzeitig in seine Behandlung gekommenen Fällen stammten drei aus einer Familie; der Vater litt an Herpes tonsurans.

Staub-Posen hat Herpes tonsurans capitis und Area Celsi häufig gesehen.

Lassar-Berlin: Die Alopecia areata ist auch oft kontagiösen Ursprungs. Wenn die Pityriasis rosea sich an bestimmte Jahreszeiten bindet, so sei das zurückzuführen auf den Wechsel der Kleidung, da neue Hemden von Baumwolle oder Wolle meistens zu dem Leiden führen. Dasselbe breitet sich in 2—3 Wochen über den ganzen Körper aus. Daſs es stets spontan heilt, kann er nicht bestätigen; oft führt es zu hartnäckigen Ekzemen. Schlieſslich regt er die Frage an, ob man Herpes tondens, tónsurans oder tonsúrans sagen soll.

Lippmann kann die von Lassar den Kleidungsstücken bei der Pityriasis rosea zugeschriebene Bedeutung nicht anerkennen.

Pick-Prag (Schluſswort): Wenn Kaposi es für zweckmäſsig hält, die Sykosis parasitaria mit dem Herpes tonsurans zu identificieren, so ist zu betonen, daſs eine Trennung der klinischen Bilder durchaus notwendig ist, bis die Frage der Ätiologie erledigt sein wird. Betreffs der Chloroformprobe habe er nur die diagnostische Bedeutung hervorheben wollen. Die Kontagiosität der Alopecia areata ist von niemand bewiesen; es giebt aber eine ähnliche Form, welche aus Herpes tonsurans hervorgegangen ist, und diese werde wohl Veranlassung zu Verwechselungen und damit zur Annahme einer Kontagiosität der eigentlichen Alopecia areata geben. Bezüglich der Pityriasis rosea sind die Ausführungen von Kaposi weder für noch gegen die Identität mit Herpes tonsurans maculosus von Belang. Er habe noch stets Pilze gefunden, was gerade in frischen Fällen leicht ist. Er hat den Eindruck gewonnen, daſs Favuspilze bei ihrem Wachstum in das Bindegewebe vorzudringen vermögen, und wird entsprechende Präparate vorlegen. Die Impetigo contagiosa hat mit den Mykosen absolut nichts zu thun, es ist eine schistomycetische Erkrankung. Allerdings giebt es ähnliche Bilder beim Herpes tonsurans, diese stellen aber die bullöse Form des letzteren dar. In der Favusfrage hält er seine Ansicht gegenüber Unna aufrecht, die Kulturen könnten nicht von vornherein als Reinkulturen anerkannt werden, wenn

sie es auch gewesen sein sollten, da sie nicht auf dem richtigen Wege gewonnen sind. Die Anforderungen, die UNNA für die Differenzierung der Pilze stellt, sind nicht maſsgebend. (Schluſs 4½ Uhr.)

(Fortsetzung folgt.)

Berliner Dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 13. März 1894.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

Herr SAALFELD stellt vor der Tagesordnung einen Fall vor, welcher mit Bezug auf die **Übertragungsweise der Lues** interessant ist. Es ist ein vierjähriger Knabe, uneheliches Kind, sein Stiefvater ist syphilitisch, aber seit einem Jahre frei; ein zweijähriges Kind desselben hat Syphilis gehabt. Es findet sich bei dem Knaben ein Bubo submaxillaris sinister, die rechte Submaxillargegend ist geschwollen, Condylomata lata ad anum, die Tonsillen sind beide sehr stark hypertrophisch, auf der linken Tonsille eine graue Verfärbung.

Herr PETER über **Pityriasis rubra** mit Krankenvorstellung: JADASSOHN hat in einer Anzahl von Fällen einen Zusammenhang der Pityriasis rubra mit Tuberkulose gesehen. Unter drei Fällen hat er zweimal Tuberkulose durch den Nachweis von Tuberkelbacillen gefunden. Unter 16 Fällen in der Litteratur befinden sich sieben Sektionen, von denen sechs Komplikationen mit Tuberkulose zeigten.

Bezüglich dessen erwähnt Herr PETER folgende zwei Fälle aus der LASSARschen Klinik.

Fall 1: Ein 42jähriger Arbeiter war während sechs Monate von der Krankheit befallen, wurde ins Krankenhaus Friedrichshain aufgenommen, kam dann in die LASSARsche Klinik, wo er bis zum Exitus verblieb. Intra vitam sowohl, wie bei der Sektion fehlten alle Zeichen der Tuberkulose.

Fall 2: Im Jahre 1892 kam ein Mann mit Schuppen und Flecken auf dem Kopfe zu ihm; seine Eltern sind hochbetagt, seine Geschwister leben und sind gesund. Er wandte dagegen Einreibungen mit Spiritus etc. an; vier Wochen später bildeten sich Flecke auf Brust und Bauch aus, bis angeblich mit einem Schlage die Rötung und Schuppung sich auf den ganzen Körper verbreitete. An den Nates, an den Augenlidern, an der Nase waren noch gesunde Stellen zu finden. Die übrige Haut war feuerrot, glänzend, gespannt und mit Schuppen bis höchstens Erbsengröſse bedeckt. Der Zustand verschlimmerte sich immer mehr, die Haut schrumpfte, die Haare gingen ihm aus, es bildete sich ein Ektropion, die Inguinal- und Cervikaldrüsen sind geschwollen, er fühlt sich jetzt matt und elend. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt bisher normalen Befund. Ein Zusammenhang mit Ichthyosis oder Tuberkulose läſst sich hier nicht annehmen.

Herr LASSAR: Vor einigen Monaten wurde ein Fall von Pityriasis rubra vorgestellt, der sich schlieſslich als Lichen ruber entpuppte. Im Anfang der Beobachtung war hier an Psoriasis zu denken. Die Lymphdrüsen sind erst nachträglich geschwollen, so daſs die Diagnose sich im Anfang nicht darauf stützen konnte. Die Schuppung ist durch Fetteinsalbung etc. mitigiert. Bei der Betastung merkt man, daſs hier eine dicke Infiltration vorhanden ist.

Auf Anfrage teilt Herr PETER mit, daſs Schleimhäute und Urin normal sind.

Herr ISAAC erinnert bezüglich der Unsicherheit der Diagnose von Pityriasis an den MUTWEISSschen Fall, der sich als Ichthyosis herausstellte, ferner an den Fall von BRUCK, wo statt Pityriasis Lichen ruber später diagnosticiert werden muſste.

Prof. NEUMANN erkannte im X. internationalen Kongresse die Diagnose Pityriasis rubra nicht an, dafür setzt er Psoriasis, Dermatitis exfoliativa, Lichen ruber planus

oder acuminatus etc. Die Drüsenschwellungen an den Beugen können von intensivem Jucken herrühren. Das Krankheitsbild pafst hier zwar auf Pityriasis rubra, man mufs jedoch auch in diesem Falle noch vorsichtig sein.

Herr Peter: Drüsenschwellung und Haarausfall traten erst in den letzten vier Wochen auf.

Herr Lassar schliefst sich im allgemeinen Herrn Isaac an. Da, wo universelle Dermatitis allein vorliegt, wie hier, ist das Krankheitsbild entsprechend dem der Pityriasis rubra.

Herr Glenzer: Der vorgestellte Patient wurde vorher in der Klinik von Herrn Ledermann als Psoriasis mit Chrysarobin behandelt, es entstand danach eine Dermatitis.

Herr Peter: Die Schrumpfung der Haut, sowie der Umstand, dafs beim Abkratzen der Schuppen keine Blutung entstand, ferner das ganze Krankheitsbild sprechen gegen die Annahme einer Psoriasis.

Herr Lassar: Es ist sehr unwahrscheinlich, dafs Chrysarobin die Dermatitis in diesem Umfange hervorgerufen hat, der Prozefs ging ja später propagierend vorwärts.

Herr Peter wird sich erlauben, den mikroskopischen Nachweis darüber zu erbringen.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Renvers über Gelenkkrankheiten und Syphilis.

Herr Rosenthal: Seine Erfahrungen beziehen sich auf diejenigen Gelenkaffektionen, welche im präeruptiven Stadium auftreten. Dieselben sind häufiger, als in der Litteratur angegeben ist. Die Klagen der Patienten sind in diesem Stadium gering, es handelt sich hier um Arthropathien, und zwar sind es meist paraartikuläre Affektionen: Sehnen, Muskeln und Bänder sind dabei ergriffen; er erinnert sich eines Patienten mit derartigen Affektionen im präeruptiven Stadium, das Gelenk war niemals geschwollen, auf Druck war jedoch die Patellarsehne empfindlich; die Erscheinungen gingen unter der spezifischen Behandlung zurück. In diesem Stadium sind die Affektionen häufig monoartikulär und zwar ist am häufigsten das Kniegelenk, darnach das Ellenbogengelenk betroffen. Diese Stellen sind besonders Traumen ausgesetzt, und es ist bekannt, dafs spezifische Affektionen gerade an den Stellen, wo Traumen stattgefunden haben, sich entwickeln.

Herr Renvers: Weit wichtiger und weniger bekannt als die im präeruptiven und im tertiären Stadium auftretenden Gelenkaffektionen sind diejenigen Fälle, welche unter dem Bilde eines subakuten Gelenkrheumatismus auftreten, weil diese nicht ohne weiteres als syphilitische Gelenkkrankheiten aufgefafst werden können. Er behandele momentan zwei Fälle, von denen der eine unter diesem Bilde verläuft. Es handelt sich um eine multiple Gelenkerkrankung, Syphilis vor vier Monaten acquiriert mit ausgedehntem Hautexanthem, insufficient mit Jodkalium behandelt, Condylomata lata ad tonsillas et ad anum boten die sicheren Anhaltspunkte für Lues. Eine antisyphilitische Behandlung beseitigte alles. Ferner erwähnt er einen Fall im präeruptiven Stadium: Temperatur 39,4, nach zwei Tagen heftige Beschwerden im rechten Handgelenk; die Beschwerden hörten auf, sobald das Fieber beseitigt war.

Herr Saalfeld berichtet über einen Patienten mit einem stark juckenden Hautausschlag; es handelte sich hier um kleine Pusteln und Papeln, dem Bilde eines Erythema exsudativum multiforme entsprechend; es traten alsdann Schmerzen in mehreren Gelenken auf, es bildete sich eine Purpura rheumatica; unter der Behandlung mit Jodkalium liefsen die Gelenkschmerzen nach, aber nicht vollkommen. Irgend welche andere Erscheinungen für Syphilis waren nicht vorhanden. Er bekam dann Pillen aus Hydrargyrum oxydatum tannicum, ferner 30 g Unguentum cinereum à 3 g pro dosi, die Schmerzen wurden dadurch beseitigt.

Herr ISAAC erwähnt zwei Fälle: 1. ein junges Mädchen mit einem Ulcus an der Tonsille, Schwellung fast sämtlicher Gelenke, speziell des Knie- und Ellenbogengelenkes; auf Jodkalium und Schmierkur gingen die Erscheinungen zurück; 2. ein Patient von 65 Jahren mit Sklerose, eines Tages Schmerzen und Schwellung im Kniegelenk; bei näherer Untersuchung fanden sich in den Gastrocnemii zwei mächtige Gummata. 17% aller Gelenkerkrankungen, die nach Aachen kommen, dürften mit Recht nach SCHUSTER (*Berl. klin. Wochenschr.*) auf Lues zurückzuführen sein. Meistens wird die Diagnose auf Gonorrhoe gestellt.

Herr LASSAR stellt die Frage, ob es möglich sei, aus der Art des Gelenkleidens allein eine Diagnose auf Lues mit Sicherheit zu stellen.

Herr RENVERS: Pathologisch-anatomisch ist nur dann die Diagnose einer syphilitischen Gelenkerkrankung zu stellen, wenn sonst Zeichen der Syphilis am Körper vorhanden sind; spezifische Merkmale einer syphilitischen Gelenkerkrankung sind nicht vorhanden.

Herr LASSAR über: **Diagnostik der Palmaraffektionen** mit Demonstrationen. Im Hospital St. Louis wohnte er einer Morgenkonsultation bei, in der BESNIER einen Fall mit einer Palmaraffektion vorstellte; die sämtlichen Herren des Hospitals waren verschiedener Ansicht, ob es sich um Lues oder um Psoriasis handele. Er selbst äußerte, um seine Meinung befragt, es könne eine Mischaffektion vorliegen. Man darf nicht unter allen Umständen die Palmaraffektion in die eine oder andere Kategorie bringen. Wenn Lues nicht nachweisbar ist, so muß man entweder aus der Therapie oder aus der Form einen Schluß ziehen. Die Palmaraffektion betreffen mit Vorliebe Menschen, die mit den Palmae arbeiten: Seiler, Leute aus dem Zirkus, Landleute, die mit Heugabeln arbeiten etc. Bei dem intimen Verhältnis von Syphilis und Trauma giebt dies einen Hinweis, das Trauma allein beweist jedoch nichts. Er habe eine große Reihe von Abbildungen und Abdrücken gewonnen. Es ist ihm dabei aufgefallen, daß mit Sicherheit Syphilis zu erkennen ist, wenn ein serpiginöses Syphilid sich auf die Handfläche erstreckt. Ferner: die Papelform ist vorwiegend bei Fällen von Lues mit Palmaraffektion vorhanden. Diese Papeln können vereinzelt, annullär auftreten, sie können in der Fläche weiterkriechen; es kommt dann zur Anbohrung der Haut, diese platzt, währenddessen die Papel in der Peripherie fortschreitet. Man sieht dann die Papel in der ausgedehnten Form. Es ist dies die erosive Form, die sich immer deckt mit der Syphilis und nie vorkommt ohne Syphilis. Zum Teil zeigen die Papeln eine Verhornung, dann wird die Hand von einem anscheinend diffusen Entzündungsprozeß befallen; dies, in Verbindung mit den mechanischen Veränderungen, führt zur Verhornung. Man wird bezüglich der Diagnose niemals in Verlegenheit geraten, wenn man die Papelform erkennt. Sobald aber eine andere Form hinzutritt, z. B. Psoriasis, so ist die Diagnose zweifelhaft. Man kann hier die Syphilis nicht immer von der Psoriasis trennen. Eine ganz prinzipielle Unterscheidung zwischen Palmaraffektion bei frischer und bei später Lues ist nicht möglich. Die Therapie klärt uns darüber nicht ganz auf, ob es sich um Lues handelt oder nicht, weil die verhornende Form der Syphilis viel träger auf spezifische Behandlung reagiert, und weil mechanische Manipulationen hier eine gewisse Rolle spielen. Bei hartnäckigen Zuständen wählt man die kombinierte Behandlung: Chrysarobin mit spezifischer Therapie verbunden.

Herr ROSENTHAL erinnert an die makulöse Form, die zugleich mit der papulösen zusammen vorkommen kann. Er habe unlängst einen Fall gesehen, wo die ganze Hand mit Maculae bedeckt war ohne eine Spur von Papeln.

Herr HELLER: Die syphilitischen Efflorescenzen der Hohlhand zeigen einen entzündlichen Hof. Ferner hebt er hervor, daß bei den Clavi syphilitici die Verhornung

in unregelmäſsiger Weise vor sich geht, während bei den Clavi vulgares die Verhornung eine sehr regelmäſsige ist. Bei Lues findet sich in derselben Höhe eine teilweise unverhornte Stelle und eine ganz unverhornte vor. Herr LEWIN und er selbst haben dies bei den cornua cutanea syphilitica gefunden. Es ist dies ebenso wie bei den verschiedenen Knochenveränderungen bei Lues. Man wird daher anatomisch durch Excision der Clavi in gleicher Höhe eine Diagnose gewinnen können.

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

27. Band. Heft 1. 1894.

I. **Über einen Fall von Ichthyosis mit Hypertrophie der Schweiſsdrüsen,** von S. GIOVANNINI - Turin. Die Patientin ist ein 13jähriges, normal entwickeltes Mädchen. Ihre Hautaffektion datiert seit ihrer Geburt. In ätiologischer Beziehung kommt in Betracht, daſs die Mutter während der Gravidität ein anderes Kind säugte, daſs sie wegen ihres dem Trunke ergebenen Gatten mit Kummer und Sorgen zu kämpfen hatte.

Die Hautveränderungen, welche die Patientin zeigt, betreffen die Hornschicht, das Corium, die Nägel und die Haare.

Die Hornschicht ist in verschiedenem Maſse verdickt und zeigt das Aussehen wie bei der gewöhnlichen Ichthyosis. Der höchste Grad der Verdickung, wie er bei der Ichthyosis hystrix vorzukommen pflegt, war hauptsächlich an den Handflächen und den Fuſssohlen ausgeprägt. Die letzteren sahen aus wie dicke Holzschuhe und erreichten stellenweise wie an den Fersenrändern eine Dicke von 3 cm.

Am übrigen Körper ist der Hystricismus nicht so bedeutend und nimmt an den beiden Kniekehlen, an der Streckseite der Knie, am Nabel, an der Streckseite der Ellenbogen und an anderen Stellen die Form dünner, stachelartiger, eng bei einander liegender Exkrescenzen an.

Die verdickte Hornschicht ist von zahlreichen breiten Rissen nach allen Richtungen hin durchfurcht, wodurch hornige Inseln gebildet werden. An der Fuſssohle sieht die Oberfläche dieser Inseln, namentlich wo dieselben mit dem Boden in Berührung kommen, glatt und glänzend aus. Auf dem Fuſsrücken und an der Fuſsbeuge, an der Innen- und Hinterseite der Beine, an der Vorder- und Auſsenseite der Schenkel, an verschiedenen Stellen des Bauches und der Lenden bietet die verdickte Hornschicht auch die Form von 1—3 mm dicken Platten dar, wie sie die Ichthyosis serpentina aufzuweisen pflegt.

Das Corium zeigt zahlreiche, bis hirsekorngroſse, meistens kegel- oder halbkugelförmige Erhabenheiten, welche ihrem Aussehen nach an die Ichthyosis anserina erinnern, jedoch nicht wie bei dieser mit den Haarfollikeln, sondern mit den Poren der hypertrophischen Schweiſsdrüsen in Verbindung stehen. Der Verfasser nennt diese Erhebungen „Prominenzen der Schweiſsporen". Dieselben sind, wenn die Patientin sich ruhig verhält, von normaler Hautfarbe oder nur wenig gerötet. Bei Bewegung jedoch namentlich in der Sonne und bei Anstrengungen sehen sie dunkelrot oder bläulich-rot aus. Die Röte verschwindet auf Druck. Die Prominenzen liegen ganz dicht bei einander und verleihen der Haut ein chagrinartiges Aussehen.

Die verschiedenen Ichthyosisformen bei der Patientin sind fast symmetrisch auf beiden Körperhälften verteilt.

Die Nägel sind von verschiedener Dicke, jedoch alle dicker als normal. Dabei zeigen sie auffallenderweise eine schmälere und in der Mehrzahl auch kürzere Basis als gewöhnlich. Die Richtung der Nägel weicht von der Norm ab. Die einzelnen Nägel weichen mit ihrem vorderen Teile bald nach innen, bald nach aufsen von der Achse der betreffenden Phalangen ab; andererseits erheben sie sich, anstatt nach vorn gerichtet zu sein, in fast vertikaler Richtung vom Nagelbette. Ferner sind die Nägel nicht platt, sondern gleichen mehr kegelförmigen Stümpfen, Prismen. Ihre Farbe variiert zwischen Gelblichweifs und mehr oder weniger dunklem Kastanienbraun; sie sind sämtlich glanzlos und durchsichtig.

In einem seltsamen Kontraste zur Hypertrophie der Hornschicht und der Nägel steht die fast vollständige und auf die ganze Körperoberfläche verbreitete Alopecie.

Die Sensibilität ist normal.

Der Verfasser bespricht im folgenden ausführlich die pathologische Anatomie des Falles. Von besonderem Interesse sind die Prominenzen der Schweifsporen. Dieselben bestehen aus Bindegewebe, welches die Mündungen der Schweifsdrüsenausführungsgänge umgiebt und gleichzeitig auch überragt. Im Epithel der Schweifsductus finden sich Mitosen zahlreicher als in jedem anderen Teile der Haut, während sie in den Knäueln fast ebenso selten wie unter normalen Verhältnissen sind.

Interessant ist ferner der mikroskopische Befund an den Nägeln. Auf den Querschnitten eines Nagels erscheint die Nagelsubstanz an einzelnen Stellen nicht zu Säulen angeordnet, sondern in lauter feine, mehr oder weniger in der Richtung des Nagelbettes gekrümmte und durch fast gleich grofse Zwischenräume voneinander getrennte Schichten geteilt.

In Längsschnitten sieht man zahlreiche Kanäle die Nägel in verschiedener Richtung durchfurchen. Diese Kanäle verdanken ihre Entstehung zumeist dem Auseinanderweichen der Hornschichten. Daneben bemerkt man im Innern des Nagels zahlreiche Höhlungen, die ebenso wie die Kanäle mit einer meistens homogenen, nahezu farblosen breiigen Masse erfüllt sind.

An einzelnen Stellen ist die kompakte Nagelsubstanz von zahlreichen Körnchen durchsetzt, die wie Pigmentkörnchen aussehen und wahrscheinlich dem Nagel besonders an der grofsen Zehe die dunkelkastanienbraune Färbung verleihen.

Der Autor fafst am Schlusse seines interessanten Aufsatzes noch einmal die klinischen und histologischen Eigentümlichkeiten seines Falles zusammen.

II. **Über sogenannte Nervennaevi,** von Th. Spietschka-Prag. An der Hand der Litteratur bespricht der Verfasser das Wesen, die Natur der Naevi. Sichere Schlüsse auf die Ursachen der Entwickelung der halbseitigen Naevi lassen sich jedoch aus den vorliegenden Beobachtungen noch nicht ziehen. Wahrscheinlich sind es intrauterine Störungen nervöser Natur, die zum Entstehen dieser Naevi Veranlassung geben. Jedenfalls ist es notwendig, um vollständige Klarheit in dieser Frage zu erhalten, alle hierhergehörigen Fälle genau zu beobachten und zu veröffentlichen.

Verfasser teilt drei Krankengeschichten mit.

Fall 1. Naevus neuropathicus verruco-papillomatosus pigmentosus. Der 19jährige Schuhmacher kommt wegen eines Ekzems an beiden Händen in die Klinik. An der linken Seite des Thorax und am Arme bemerkt man eine Gruppe warzen- oder papillomartiger Wucherungen, welche in Gürtelform die Hälfte des Stammes umgeben und auch auf die Innenfläche des Armes übergreifen. Bei genauerer Beobachtung nimmt man wahr, dafs der ganze Naevus aus zweierlei Gebilden sich zusammensetzt, einmal aus flachen, an der Oberfläche feinhöckerigen und gelbbraun bis schwarzbraun pigmentierten Warzen, zweitens aus haselnufsgrofsen gestielten Papillomen von violettbrauner dunkler Farbe und gelappter Oberfläche.

Fall 2. Der Patient ist 28 Jahre alt, hereditär für ein derartiges Hautleiden, wie er es aufweist, nicht belastet. Die Affektion besteht seit der frühesten Kindheit, war jedoch anfangs nicht sehr ausgeprägt und verschlimmerte sich erst im sechsten Lebensjahre des Patienten. Derselbe hatte an einem kalten Septembertage in einem Bache gebadet, worauf er krank wurde, fieberte; dabei soll sich das Hautleiden sehr gesteigert haben. (Wir erinnern hier an den von Pooley im *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* März 1894 veröffentlichten Fall von Molluscum fibrosum, bei welchem der Patient angiebt, als 10jähriger Knabe einmal an einem kalten Tage mehrere Stunden in einem schmutzigen Kanal gebadet zu haben, worauf er schwer erkrankte und kurze Zeit nach seiner Wiederherstellung das Hautleiden sich einstellte. Der Referent.)

In dem vorliegenden Falle sieht man an der Haut des Stammes und der oberen Extremitäten zweierlei Bildungsanomalien: Die einen gleichen dem Fibroma molluscum oder mehr noch Papillomen, indem sie kleine, bis erbsengroſse, weiche Geschwülstchen bilden, die an einem dünnen Stiele sitzen. Dieselben fühlen sich weich und schlaff an, sind von gelbbrauner, an einzelnen Stellen ins Violette spielender Farbe.

Die zweite Art der Bildungen entspricht mehr einer flachen weichen feinhöckerigen Hautwarze von hellbrauner Farbe. Es finden sich jedoch Übergänge von der einen Form in die andere. Die Färbungsverhältnisse sind an den verschiedenen befallenen Regionen verschieden. Dieser Fall ist dadurch ausgezeichnet, daſs die Affektion an beiden Seiten vorhanden ist. Doch ist die Halbseitigkeit insofern gewahrt, als einmal die rechte Hälfte viel schwerer befallen ist als die linke und zweitens rechts Gebiete in scharf halbseitiger Begrenzung ergriffen sind, welche links frei sind.

Die Verteilung der Krankheit nach Nervengebieten ist im vorliegenden Falle unverkennbar, auch wenn sie nicht überall deutlich ausgesprochen ist.

Fall 3 betrifft einen 20jährigen Lederfärber, welcher wegen Lues die Klinik aufgesucht hat.

Die in Frage kommende Affektion nimmt ein ziemlich scharf umschriebenes Gebiet ein, nämlich die linke untere Hälfte des Stammes (linkes Hypochondrium und linke Lendengegend) und den linken Oberschenkel bis etwa zur Mitte desselben. Dieses Gebiet ist mit kleinen bis linsengroſsen braunen, ephelidenartigen Flecken wie übersät. Die Haut an den pigmentierten Stellen ist nicht verdickt, auch sonst nicht verändert. Die befallene Region ist vom Plexus lumbalis innerviert.

S. faſst die wesentlichsten Momente, welche einen Schluſs auf die Natur der Erkrankung aus der Anordnung der Hautveränderungen ziehen lassen, dahin zusammen:

1. Die Verteilung der Anomalien schlieſst sich an die Verbreitungsgebiete der Hautnerven an.

2. Die Gruppierung der Gebilde in den beiden ersten Fällen gleicht vollkommen der bei Herpes zoster vorkommenden, dessen nervöser Ursprung in hohem Grade wahrscheinlich ist.

3. Beim letzten Falle sind die Veränderungen ziemlich gleichmäſsig über ein gut abgegrenztes Gebiet verbreitet, das von mehreren hintereinander liegenden Spinalganglien aus innerviert wird.

III. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Hauthörner der Augenadnexa,** von Mitvalsky-Prag. Das auf dem rechten unteren Augenlide befindliche Hauthorn war bei der 40jährigen Patientin vor etwa einem Jahre auf dem Grunde einer wiederholt durch Unterbindung beseitigten und stets recidivierenden, anfangs fadenförmigen Warze entstanden. Das Hauthorn sitzt genau in der Mitte des etwas evertierten Lides, ist 4,2 cm lang, die ovaläre Basis miſst 1,5 cm und 1,2 cm Durchmesser. Die obere

Grenze derselben ist von dem Lidrande 2 mm entfernt. Das Horn ist bogenförmig gekrümmt, mit seiner Konvexität zur Nase gerichtet und ein wenig nach aufsen verschoben, so dafs seine Spitze die Gegend des Körpers des Os zygomaticum berührt.

Drei differente Partien sind am Hauthorn deutlich erkennbar: Die basale, etwa 1 cm lange Partie erhebt sich allmählich aus der Hautoberfläche und zeigt einen feinen Hautüberzug, ist von schmutzig gelber Farbe und elastischer Konsistenz. Die mittlere Partie des Hauthorns — etwa 2 cm lang — ist hornartig durchscheinend, von schwach olivengrüner Farbe. Dieselbe zeigt Längsfurchen und scheint aus parallel geordneten Säulen zu bestehen. Sie fühlt sich härter an. Die Härte nimmt gegen die Spitze des Gebildes zu. Die dritte Partie ist hornartig hart, schwarz gefärbt und von der mittleren durch zwei — einen Verdickungsknoten einschliefsende — Rinnen geschieden. An dieser Stelle hatte die Patientin vor einem halben Jahre versucht, mittelst eines Haarseiles das Horn abzubinden, was jedoch mifslang. Das abgeschnürte Horn wuchs mit dem umschlungenen Haarseil nach vorn und oben weiter.

Das Hauthorn mit der Basis und dem subkutanen Bindegewebe wurde excidiert, die Wunde vernäht. Ein Recidiv ist bis jetzt nicht eingetreten.

Im folgenden teilt Verfasser ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit.

Von Interesse für die Auffassung des Wachstums der Hauthörner ist der Befund bei dem basalen, von deutlicher Epidermis überzogenen Teile der Geschwulst. Auf Längsschnitten sieht man die normal beschaffene Epidermis mit einem dünnen, stark kleinzellig infiltrierten Corium und mit zahlreichen, überall gegen die Hornbasis verlaufenden Epithelzapfen, welche bald entweder solide erscheinen, oder leere cystische Hohlräume nach der Art einer mikroskopischen Atherombildung zeigen, oder aber in ihrer Mitte ganz deutliche feine Härchen eingeschlossen halten. Nach der Hauthornbasis zu sieht man zahlreiche Schweifsdrüsenkonvolute.

Das eigentliche Hauthorngewebe besteht hauptsächlich aus grofsen Epithelialzellen in diversen Stadien der Verhornung begriffen. Durch Wucherung und Vermehrung dieser Epithelialzellen und durch Produktion kolbiger Epithelialzellenfortsätze sowohl in der Richtung der Hauthorndecke, als auch besonders gegen die Hauthornbasis zu kommt wahrscheinlich das Wachsen des Hauthornes überhaupt zu stande. Die gegen die Basis zustrebenden Epithelialkolben erheben das Cornu und verlängern es sichtlich, wobei sie an das stark gewucherte und verdickte, subkutane Bindegewebe herandrängen, das sie teilweise zur Seite schieben, von dessen dickeren Balken sie sich jedoch in immer neue Kolben zerklüften lassen. Das aus der kleinzelligen Infiltration fortwährend nachwachsende Bindegewebe liefert die gefäfstragenden und die Ernährung des Hauthornes besorgenden Bindegewebsbalken, die an einzelnen Stellen ein Maschengerüst bilden, an anderen jedoch nur einfach verlaufen und sich verzweigen. Sie enthalten, wie bemerkt, Blutgefäfse und dienen augenscheinlich zur Ernährung des Hauthornes, können aber kaum als „Papillen“ angesehen werden.

Verfasser erörtert dann, nachdem er die Befunde an Querschnitten beschrieben hat, an der Hand der einschlägigen Litteratur eingehend die Frage nach der Genesis und dem weiteren Wachstum der Hauthörner. Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der in der Litteratur veröffentlichten Fälle gelangt er in Übereinstimmung mit Baetge und Unna zu der Annahme, dafs das Hauthorn nicht papillären Ursprunges sei, sondern als Folge einer primären Epidermiszellenwucherung mit nachfolgender Keratinisation ohne die aktive Beteiligung von wahren Hautpapillen entstehe. Bei Unna entwickelte sich das Cornu aus minimalen Hautfibromen, beim Verfasser

entstand dasselbe auf dem Grunde einer „fadenförmigen Warze“, die histologisch sich als kleines Hautfibrömchen erweist.

Was das Wachstum betrifft, so vermehren sich die basalen Epithelialzellen und producieren Epithelialzellenkolben, die einmal gegen die Basis, dann aber nach den Seiten des basalen Hauthornteiles gerichtet sein können. Im ersten Falle wird das Höhenwachstum, im zweiten das Breitenwachstum der Geschwulst befördert.

IV. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie.** Ein Rückblick auf die letzten zehn Jahre, von R. Ledermann und Ratkowski-Berlin. Die Verfasser haben eine dankenswerte Arbeit geliefert, die manchem mit histologischen Untersuchungen beschäftigten Dermatologen das mühsame und zeitraubende Nachschlagen der hier und da zerstreuten Litteratur über mikroskopische Technik ersparen wird. In übersichtlicher Weise wird im ersten allgemeinen Teile der Arbeit über das berichtet, was im letzten Jahrzehnt über Einbettung und Konservierung, über mikroskopisches Arbeiten bei künstlichem Licht, über Farbstoffe etc. geschrieben worden ist. Die Methoden, Vorschriften, Rezepte werden genau wiedergegeben, um eine leichte Orientierung zu ermöglichen. *C. Berliner-Aachen.*

(Fortsetzung folgt.)

Dermatologische Zeitschrift.

Band 1. Heft 4. 1894.

I. **Ein Fall von Morbus Addisonii,** von C. A. Ewald-Berlin. Die 29jährige Patientin ist seit fünf Jahren verheiratet, hat vor 2¹/₄ Jahren ein Kind geboren, das gleich nach der Geburt starb. Sie war früher stets gesund gewesen. Die Eltern sind todt, jedoch an keiner Lungenkrankheit gestorben. Hereditär scheint nach den Angaben der Patientin und ihres Gatten nichts vorzuliegen. Weihnachten 1892 erkrankte sie mit Husten und Heiserkeit ohne Auswurf, Nachtschweifse oder besonderes Schwächegefühl. Januar 1893 fühlte sich die Patientin hinfällig, klagte besonders über Schwäche im Rücken und in den Armen, später über Schwindel, Schlaflosigkeit, häufige Ohnmachtsanfälle.

Im März trat mehrmals Erbrechen ein, verbunden mit Appetitlosigkeit und zunehmender Abmagerung. Die Menses blieben seit zwei Monaten aus. Kurz nach Ostern 1893 bemerkte die Patientin, dafs sich die Haut des Körpers und des Gesichts bräunlich-gelb verfärbte, dafs ca. 40 über Gesicht, Leib und Beine zerstreute „Leberflecken“ ziemlich rasch hintereinander auftraten, vereinzelt stehen blieben, vereinzelt nach einiger Zeit wieder verschwanden. Schon vorher zwischen Weihnachten und Ostern sollen auf der Schleimhaut der Lippe und der Wangen schwärzliche Flecke vorhanden gewesen sein, die nicht schmerzten. Anfangs war die Gesichtsfarbe, wie die Patientin angiebt, noch dunkler als jetzt. Die brünette Farbe des Haares blieb unverändert. Am 5. Mai kam die Patientin in schwerem Zustande ins Augusta-Hospital. Bei der Untersuchung zeigte die mittelkräftig gebaute, brünette, abgemagerte Frau überall eine glatte und glänzende, durchweg leicht bräunlich-gelb verfärbte Haut, die an einzelnen Stellen, besonders im Gesicht und am Halse, sepiabraun mit einem Stich ins Schwärzliche wird. Zahlreiche kleine braun- bis blauschwarze Flecke, zum Teil rund, zum Teil unregelmäfsig gestaltet, sind über den ganzen Körper zerstreut, besonders zahlreich im Gesicht, auf den Hand- und Fufsrücken, in der Lippen- und Wangenschleimhaut. Auf der Zungenoberfläche sieht man über pfennigstückgrofse, zum Teil leicht erhabene, zum Teil in der Ebene der Haut gelegene, auf Druck nicht verschwindende Flecke. Die Conjunctiva und die Nägel sind weifs und kontrastieren scharf mit der braunen Körperhaut. Die Patientin kann schwitzen. Die Haut unter den Achseln fühlt sich feucht an.

Die Untersuchung von Herz und Lungen ergiebt nichts wesentlich Pathologisches. Puls 96, regelmäfsig, weich, klein. Bei tiefer Inspiration fühlt man unter dem rechten Rippenbogen eine leichte Resistenz (Ren mobilis I. Grades). Milz nicht vergröfsert. Die Temperatur nicht erhöht. Urin ohne Eiweifs, Zucker, Gallenfarbstoff. In den nächsten Tagen klagte die Patientin über Magenschmerzen, Reifsen in den Beinen, über kalte Füfse und Kopfschmerzen.

Etwa drei Wochen nach ihrer Aufnahme ist die Patientin unter stetiger Abmagerung, zunehmender Schwäche, Coma und prämortaler Temperatursteigerung gestorben.

Die Sektion ergiebt: Aplasia glandularum suprarenalium; Atrophia fusca myocardii; Pleuritis recens sinistra; Pleuritis adhaesiva chronica dextra; Stenosis mitralis; Cyanosis renum; Nephritis et pyelitis catarrhalis.

Diagnose: Morbus Addisonii.

Über die Befunde an der Haut berichtet Dr. Mertsching. Speziell um die Frage nach der Herkunft des Pigments zu entscheiden, wurden Hautstücke aus dem Abdomen, wo dasselbe schmutzige Broncefarbe zeigte, und Hautstücke vom Unterschenkel, welche infolge von Hämorrhagien blauschwarz gefärbt waren, einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterzogen.

An den Schnitten von der Haut des Abdomens war im Bindegewebe nichts Abnormes, weder Pigment noch Wanderzelle, zu sehen. Pigment fand sich erst in den basalen Zellen des Rete Malpighii in derjenigen Schicht, in welcher die Kerne fast den Raum der ganzen Zellen so einnehmen, dafs, zumal wenn die Kerne pigmenthaltig sind, dickere Schnitte leicht eine diffuse Anordnung des Pigments vortäuschen. Bei dünnen Schnitten aber sieht man das Pigment auf den Kern und auf dessen allernächste Umgebung beschränkt. Man gewinnt den Eindruck, dafs das Pigment dem Kerne seinen Ursprung verdankt. Hämorrhagien und Veränderungen der Gefäfswände sind hier nicht sichtbar.

Anders verhält es sich bei den Schnitten von der blauschwarz gefärbten Haut des Unterschenkels. Hier sieht man vom Bindegewebe ausgehend bis weit in die Epidermis hinein Konglomerate roter Blutkörperchen neben erweiterten Kapillaren und Venen liegen. Mit Eosin und Methylenblau gefärbte Schnitte zeigen die ausgetretenen Blutkörperchen blau gefärbt in den Bindegewebszellen und in und zwischen den Epidermiszellen, in letzteren sich deutlich von den rötlich gefärbten Epidermiszellkernen abhebend, welche sie bisweilen zu 5—8 umlagern resp. verdecken. An derartigen Schnitten sieht man auffallend wenig Pigment. Nur solche Schnitte, die in der Serie den Rand der Hämorrhagie getroffen haben, zeigen die Blutkörperchen und die Kerne im Bindegewebe und in der Epidermis mit Pigmenttröpfchen versehen, welche in das Protoplasma der Zellen auszutreten beginnen und durch ihren mehrfachen Austritt den Zerfall der Blutkörperchen und der Kerne herbeiführen. Je mehr Pigmenttröpfchen von einer Bindegewebszelle auf diese Weise aufgenommen werden, in desto stärkerem Mafse ist sie pigmentiert, und je vorgeschrittener der Zerfall dieser Pigmenttröpfchen selbst ist, desto diffuser erscheint dieses Pigment. Solange das Bindegewebe keinen Zerfall zeigt, findet sich Pigment nur in den Kernen, resp. in den Blutkörperchen. Ist aber der Zerfall des Bindegewebes durch Ausfall und Lockerung von Zellen schon angedeutet, so sieht man neben den Zelllücken sogenannte Pigmentschollen. Dieselben sind nichts anderes, als losgelöste, mit Teilen zerfallener Blutkörperchen oder zerfallener Kerne angefüllte Bindegewebsteile. Sie spielen keine aktive, sondern eine mehr passive Rolle, indem sie bei fortschreitendem Zerfall fortgeschwemmt werden. Gelangen nun solche, diffuses Pigment enthaltenden Schollen an den Rand der Epidermis, so wird ihr Pigment

auch in die Epidermis geschwemmt und findet sich in den Intercellularräumen der Basalzellen vor, im Gegensatz zu dem Pigment, das an normaler Haut (Haar und Negerhaut, Froschhaut) erst in den Epidermiszellen selbst gebildet wird. Ein Zusammenhang der pigmenthaltigen Intercellularräume mit den Pigmentschollen ist nicht zu konstatieren.

Die mikroskopische Untersuchung der Nebennieren, des Plexus coeliacus, des Halssympathicus, des Splanchnicus, des Rückenmarkes, die Untersuchung des Urins hat ungefähr folgendes ergeben: Die Nebennieren sind hochgradig verändert, und zwar hat man es hier mit einer chronisch entzündlichen bindegewebigen Metaplasie ohne Andeutung einer tuberkulösen oder anderweiten Neubildung zu thun. Im Ganglion coeliacum ist sowohl an den Nervenzellen wie an den Fasern deutliche Degeneration nachweisbar. Die Frage, ob der primäre Sitz der Erkrankung im Plexus coeliacus oder in den Nebennieren zu suchen sei, konnte aus den vorhandenen Befunden nicht entschieden werden.

Der Urin der Patientin wurde zur Zeit ihres comatösen Zustandes nach der Briegerschen Methode auf Ptomaine untersucht und ergab als interessanten Befund einen eigenartigen, bisher noch nicht dargestellten Körper, der zu der Klasse der sogenannten Aminbasen gehört, welcher auch die Toxine oder Ptomaine angehören. Der Körper hat die Konstitutionsformel: $C_6H_7NO_6$. Es liegt der Gedanke nahe, dafs es sich bei den schweren nervösen Störungen, die in gewissen Fällen von Morbus Addisonii sub finem vitae auftreten, um eine Autointoxikation handelt. Wahrscheinlich wird durch die Degeneration der trophischen Centren, Nebennieren und Plexus coeliacus eine Stoffwechselstörung verursacht, die sich einmal in den trophischen Störungen der äufseren Decke, das andere Mal in den Erscheinungen der Adynamie und der gastro-intestinalen Symptome äufsert.

Der zweite Teil der Arbeit, welche hauptsächlich die Untersuchung des Nervensystems enthält, ist von Dr. Jellinek verfafst.

II. **Peliosis gonorrhoica und Chorea postgonorrhoica,** von Prof. M. Litten. Die infektiöse Blennorrhoe hat erheblich an Interesse gewonnen, seitdem wir wissen, dafs die Krankheit nicht blofs ein lokaler Prozefs ist, sondern sich auf die verschiedensten und wichtigsten Organe ausdehnen und das Leben direkt gefährden kann. Aufser den Gelenken kann das Herz und das Zentralnervensystem befallen werden, ja in manchen schweren Fällen kann der Tripper wahrscheinlich durch eine Mischinfektion zur allgemeinen Sepsis führen.

Verfasser berichtet über zwei wohlbekannte Symptomenkomplexe, die sich unter anderem auch in unmittelbarem Anschlufs an teils noch bestehenden, teils eben abgelaufenen Tripper entwickelten. Er bezeichnet den einen Symptomenkomplex als Peliosis gonorrhoica. Die Fälle, welche er beschreibt, bieten das Krankheitsbild dar, wie es Schönlein bei seiner Peliosis rheumatica geschildert hat. Nach der eingehenden Kritik des Verfassers hat die Peliosis rheumatica Schönleinii keine Berechtigung, als Krankheit sui generis zu gelten.

Fall 1 der Peliosis gonorrhoica betrifft einen 21jährigen Handlungsgehülfen, der eine frische infektiöse Gonorrhoe acquirierte. Nach dreiwöchentlichem Bestehen derselben traten, während der Ausflufs unter adstringierenden und desinficierenden Injektionen an Intensität nachliefs, heftige Schmerzen im rechten Metatarso-Phalangealgelenk auf, das anschwoll und erheblich dicker wurde. Sehr bald kam eine schmerzhafte Schwellung des rechten Sprunggelenks hinzu, einige Tage später auch des rechten Kniegelenks, während gleichzeitig an den unteren Extremitäten zahlreiche vereinzelte hellrote Flecke von Linsengröfse auftraten, die durch Fingerdruck erheblich abblafsten, sich aber nicht völlig fortdrücken liefsen. Die Temperatur stieg

des Abends auf 38,6—38,9, um des Morgens zur normalen Höhe abzufallen. Die Blutflecke nahmen während der nächsten Tage bei gleichzeitig bestehender abendlicher Temperatursteigerung an Zahl zu. Die Gonorrhoe wurde chronisch. Das erkrankte Gelenk an der groſsen Zehe blieb noch wochen- und monatelang geschwollen und schmerzhaft. Durch Auflagerungen und Verdickungen des Periosts und des Knochens entwickelte sich schlieſslich eine Exostose. Erst nach längerer Zeit trat allmählich unter stetiger Abnahme der Symptome vollständige Besserung ein.

Fall 2, ein 17jähriger Handlungslehrling, zeigte einen frischen Tripper mit stark gonokokkenhaltigem Eiter, beiderseits geschwollene, schmerzhafte Bubonen. Vierzehn Tage nach Beginn des Trippers sehr schmerzhafte und starke Anschwellung des Knie- und des Metatarso-phalangealgelenks des rechten Beines resp. Fuſses. Abendliche Temperatursteigerung. Zahlreiche Petechien an den unteren Extremitäten. Drei bis vier Nachschübe. Heilung der Komplikationen nach mehrwöchentlichem Bestehen, während die Gonorrhoe noch längere Zeit dieselben überdauert.

Fall 3 betrifft einen 22jährigen Studenten der Medizin, der bereits zweimal Tripper durchgemacht hatte und bei jeder Attacke gleichzeitig von Gelenkaffektionen befallen wurde. Schmerzhafte Schwellung im Gelenk der rechten groſsen Zehe und in beiden Kniegelenken, deren Konturen durch eine erhebliche Flüssigkeitsmenge verändert waren. Während der gonorrhoische, stark gonokokkenhaltige Ausfluſs unter Copaivakapseln sich auffallend schnell verminderte, nahm die Schwellung in den Kniegelenken eher zu. Gleichzeitig trat kontinuierliches Fieber mit Morgenremissionen und eine intensive Purpura auf, die nicht nur die unteren, sondern auch die oberen Extremitäten ergriff. Brust, Rücken, Gesicht blieben frei. Später zeigte sich auch schmerzhafte Schwellung des rechten Schultergelenks mit deutlicher Flüssigkeitsansammlung. Die Symptome gingen nach mehrwöchentlichem Bestehen zurück, der Ausfluſs hielt noch einige Zeit an.

Verfasser hat auſser diesen drei Fällen von Peliosis gonorrhoica noch zwei ähnliche beobachtet, welche sich durch eine ungleich gröſsere Massenhaftigkeit der Petechien auszeichneten, wobei die Kranken wie mit Blut bespritzt aussahen. Dieselben zeigten ferner die Symptome einer frischen Endocarditis. Bei dem einen Patienten bestand auch eine frische Milzschwellung. Die Gonorrhoe bei beiden Kranken war bereits mehrere Monate alt.

Die Krankengeschichte dieser zwei Fälle wird im folgenden ausführlich mitgeteilt.

Verfasser will im nächsten Heft über zwei andere Fälle von Endocarditis postgonorrhoica mit Chorea Bericht erstatten.

III. **Über faradischen und galvanischen Leitungswiderstand der Haut bei Sklerodermie und eine modificierte Methode der faradischen Widerstandsbestimmung,** von Prof. Eulenburg-Berlin. Verfasser hat im Jahre 1892 (*Neurolog. Centralbl.* No. 1) über das Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Sklerodermie berichtet auf Grund von Untersuchungen, die das Resultat ergeben haben, daſs an den diffus-sklerematösen Hautbezirken die relativen Widerstandsminima, d. h. die bei gleichbleibender (geringer) elektromotorischer Kraft zu erzielende gröſstmögliche Widerstandsabnahme, wesentlich höhere Zahlenwerte erreichten, als bei einer gesunden Kontrollperson, daſs dagegen an den nur leicht und fleckweise erkrankten oder bisher verschont gebliebenen Hautstellen ein entsprechendes Verhalten nicht zu erkennen war, vielmehr die noch unversehrte Haut der Skleremkranken stellenweise geringeren Leitungswiderstand als bei Gesunden zeigte.

Verfasser hat bei Gelegenheit eines Falles, den er im vorigen Jahre mehrere Monate beobachtete, auſser der Bestimmung des galvanischen Leitungswiderstandes auch die von Windscheid zuerst angeregte faradische Widerstandsprüfung vor-

genommen und sich hierbei teils der von Windscheid angegebenen, etwas komplicierten, teils einer davon abweichenden, einfachen Methode bedient.

Der Krankheitsfall wird im folgenden ausführlich mitgeteilt. Er betrifft einen 51jährigen Lehrer, welcher bei seiner jetzigen Aufnahme eine offenbar von den oberen Extremitäten ausgegangene, an der oberen Körperhälfte weit vorgeschrittene und im allgemeinen diffus entwickelte, an den unteren Gliedmafsen erst beginnende Sklerodermie zeigte. An den Händen und Vorderarmen erscheint die Haut diffus und gleichmäfsig verdichtet, brettartig hart und von eisiger Kälte, mit glatter glänzender, livid bläulicher Oberfläche, über welche hier und da an der Volarseite einzelne weifsliche Stränge narbenartig hinziehen; das Integument unnachgiebig starr, über die Gelenke straff gespannt und von der Unterlage nicht abzuheben. Die Interphalangealgelenke der Finger stehen in halber Beugung, der Daumen ist gestreckt und etwas adduciert. An der Endphalanx ist die Haut auf der Dorsalseite über die Nägel herübergewachsen; die Nägel selbst sind abnorm vergröfsert und deform, rissig und ungleich verdickt, nach vorne umgebogen, in der Mitte gewölbt und buckelig aufgetrieben. Umfangsmessungen an Fingern, Händen, Vorderarmen lassen eine nicht unbeträchtliche Vergröfserung erkennen. Mehr fleckenweise sind Gesicht, Hals, Nacken, Thorax befallen. Die Haut des Abdomens, sowie des Rückens sind vollständig frei von der Affektion. Die Beine zeigen nur Andeutungen des beginnenden Sklerems.

Die Hautsensibilität zeigte keine wesentlichen Alterationen, die Temperatur an den Händen dagegen zeigte bei wiederholten Messungen stets ein bedeutend subnormales Verhalten, zum Teil ganz enorme Herabsetzung bis auf 20° C. herunter, während die obere Grenze von 26—27° C. im Handteller fast nie überschritten wurde. Die Schweifssekretion in den Handtellern war erhalten, eher etwas gesteigert; die grobe Kraft war an den Händen bedeutend herabgesetzt.

Zur Bestimmung des galvanischen Leitungswiderstandes der Haut, speziell der sogenannten relativen Widerstandsminima, bediente sich Verfasser einer Batterie von sieben Hirschmannschen Zink-Kohle-Braunsteinelementen neuester Form und eines grofsen Hirschmannschen Horizontal-Galvanometers mit schwimmendem Anker. Bei wiederholten Messungen an denselben Hautstellen ergaben sich zum Teil nicht unbeträchtliche Unterschiede, wobei sich herausstellte, dafs die höheren Widerstandswerte bei niedrigster, die geringeren bei verhältnismäfsig höherer Hauttemperatur erhalten wurden. Die Resultate werden ziffernmäfsig mitgeteilt. Die höchsten Widerstandswerte wurden an den oberen Extremitäten und am Thorax erhalten.

Die Prüfung des faradischen Leitungswiderstandes nach Windscheids komplicierter und nach einer mehr vereinfachten Methode hat gegenüber den hohen galvanischen Widerstandsgröfsen absolut niedrige und sowohl für die nämlichen wie für sämtliche geprüften Hautstellen auffallend wenig untereinander differierende Zahlenwerte ergeben. Hieraus ist nach der Ansicht des Verfassers zu entnehmen, dafs man aus einer selbst sehr ansehnlichen Steigerung des galvanischen Leitungswiderstandes keineswegs von vornherein auf eine proportionale oder überhaupt auf eine erhebliche Steigerung des faradischen Leitungswiderstandes schliefsen darf, und dafs der faradischen Widerstandsmessung, zumal dieselbe mit Schwierigkeit und Fehlerquellen verbunden ist, vielleicht eine bemerkenswerte semiotisch-diagnostische Bedeutung in Krankheitsfällen überhaupt nicht zukommt.

Der vom Verfasser beschriebene Krankheitsfall nahm unter schweren Allgemeinerscheinungen, hochgradiger psychischer Depression und rapid fortschreitender Ernährungsstörung nach wenigen Monaten einen tötlichen Verlauf, der die Annahme bekräftigt, dafs es sich bei der Sklerodermie, wenigstens in einer gewissen Gruppe von Fällen, um eine schwere (neuropathische?) Allgemeinerkrankung, vielleicht nicht

ohne Vergleichspunkte mit dem Myxödem, handle, wovon die Hautalteration nur eine, wenn auch durch ihre Schwere besonders hervorragende Lokalisation darstelle.

IV. **Über Pruritus vulvae**, von A. Czempin. Der Pruritus vulvae ist wie der Pruritus cutaneus universalis eine selbständige Krankheit, die zwar gleichzeitig neben einer Vulvitis, Colpitis etc. bestehen kann, aber nicht als Folgeerscheinung dieser Krankheiten anzusehen ist. Er befällt Frauen aller Altersklassen, vorzugsweise Frauen der besseren Stände, Nullipare und Multipare, selten unverheiratete Personen. Das Jucken tritt meist anfallsweise und besonders häufig in der Nacht auf und lokalisiert sich vorwiegend in der Clitoris, den kleinen Labien, auf der Innenfläche der Vulva und am Introitus vaginae. In selteneren Fällen kann der Pruritus bis zum Mons veneris hinauf und bis zur Scheide hinein sich erstrecken. Infolge des Kratzens und Scheuerns treten bald Veränderungen der malträtierten Teile ein. An erster Stelle beginnt das Epithel der juckenden Hautstellen sich zu verdicken und zu verhornen, und die Innenfläche der Vulva erhält infolgedessen mit der Zeit ein für den Pruritus vulvae ganz charakteristisches Aussehen. Die Schleimhaut ist trocken, spröde und weifslich grau verfärbt, wie wenn sie mit weifsem Puder bestreut wäre.

Die Ätiologie ist noch nicht aufgeklärt. Von J. C. Webster wurde als Ursache auf Grund mikroskopischer Untersuchungen ausgeschnittener Teile der Vulva langsam fortschreitende Fibrosis hauptsächlich der Nerven und ihrer Endigungen in der Clitoris und den Nymphen angegeben. Ob diese Nervenänderungen primäre sind oder erst Folgeerscheinungen des durch den Pruritus hervorgerufenen Kratzens, läfst sich schwer entscheiden. Andere Autoren geben Pilzwucherungen an den äufseren Genitalien als Ursachen des Pruritus an.

Bei diabetischen Frauen kommt Pruritus vulvae sehr häufig vor. Man könnte hier analog dem universellen Hautjucken bei Nephritis chronica, bei urämischen Anfällen, bei Icterus annehmen, dafs im Blute Stoffe cirkulieren, welche chemisch auf die Nervenendigungen Juckreiz ausüben oder welche mechanisch die kleinsten Nervenendigungen reizen.

Während einzelnen Fällen von Pruritus vulvae eine Gelegenheitsursache zu Grunde liegt (Diabetes, Schwangerschaft), so giebt es andere, für welche eine Ursache nicht zu eruieren ist. Olshausen fafst diese Fälle als essentiellen Pruritus, als wahre Neurose der befallenen Teile auf. Thatsächlich sind die Patienten in der überwiegenden Mehrzahl nervös reizbare Frauen, die Kummer, Sorgen, Ärger etc. durchgemacht haben. In einigen Fällen hat fortgesetzte Masturbation eine Gelegenheitsursache für den Pruritus vulvae abgegeben.

Die Therapie ist vielfach erfolglos. Sie wird bei allen Fällen vorerst die Ursache zu erforschen und darnach die Mafsregeln zu treffen haben, welche auf eine streng zu befolgende Diät (vegetabilische Kost), die Beseitigung resp. Vermeidung von psychischen Erregungen und Gelegenheitsursachen gerichtet sind. Entziehung von Alkohol und Coffein verbunden mit sedativen, das Nervensystem beeinflussenden Medikamenten sind bei der nervösen Form am Platze. Lokal kommen die bekannten Antipruritica in Betracht. Der konstante Strom ist von Campe, Cholmogoroff erfolgreich angewandt worden. Bei allen Fällen ist streng individuell zu verfahren.

V. **Über die Perspiration bei Hautkranken**, von H. Quincke-Kiel. Die Menge des ausgeschiedenen Wasserdampfes in 24 Stunden beträgt durchschnittlich 900 bis 1000 ccm, von denen etwa 300 auf die Lungen und 600 auf die Haut entfallen.

Verfasser hat bei einer Anzahl von Hautkranken die Differenz der Flüssigkeitsein- und -ausfuhr durch längere Zeit hindurch zahlenmäfsig bestimmen lassen. (Vergl. Bieling, *Über die Perspiration bei universellem Ekzem.* Kiel 1894.)

Täglich wurde die 24stündige Urinmenge (nebst spez. Gewicht) und der flüssige

Teil der Nahrung, wie Wasser, Thee, Kaffee, Milch, Suppe, volumetrisch gemessen; die aus beiden Zahlen gezogene Differenz, kurz die „Perspirationszahl“ genannt, enthält den Wasserverlust durch Lungen und Haut. Es wurden die Messungen nicht nur an Hautkranken, sondern vergleichshalber auch an anderen Kranken ohne Hautaffektion, ohne Fieber, ohne Diarrhoe vorgenommen. Die Versuchspersonen verhielten sich ruhig und lagen zumeist zu Bett. Der Wasserverlust durch die Lungen dürfte deshalb bei allen Kranken ein sehr gleichmäſsiger und bei den meisten ein ähnlicher gewesen sein, so daſs die Abweichungen hauptsächlich der Hautperspiration zuzuschreiben sind.

Das Resultat dieser Untersuchung, welches wegen der mannigfachen Fehler, die der Methode sowohl wie der Messung selbst anhaften, nur auf annähernde Richtigkeit Anspruch macht, ist folgendes: Bei Ekzematösen wie bei Hautgesunden zeigt sich ein sehr bedeutendes Schwanken der „Perspirationszahlen“ wie der „Perspirationsprozente“. Die Mittelzahlen der einzelnen beobachteten Fälle sind durchgängig höher bei Ekzemen, und nimmt man aus diesen Zahlen wieder das Mittel jeder Gruppe, so ergiebt sich:

	die Perspirationszahl	die Perspirationsprozente
für Hautgesunde . . .	603	26,2
für Ekzematöse	1008	50,1,

also eine erhebliche Steigerung für das Ekzem um 403 g Wasser, resp. um 23,9 % von der gesamten Flüssigkeitszufuhr.

Werden die Einzelfälle untereinander verglichen, so scheint es, daſs die Perspiration durchschnittlich mehr gesteigert ist bei den akuten als bei den chronischen Formen, ferner mehr gesteigert bei den akut erythematösen als bei den schuppenden und nässenden Formen. Die Perspirationszahlen zweier beobachteter Fälle von Psoriasis sind ebenfalls gröſser als in der Norm, wahrscheinlich weil durch die Behandlung mit Chrysarobin und Teer ein artificielles Erythem entstanden war.

VI. **Über das Ekzem der Bindehaut und Hornhaut des Auges**, von Prof. Burchhardt-Berlin. Das Ekzem der Bindehaut und der Hornhaut oder die sogenannte „skrophulöse Ophthalmie“ ist eine der häufigsten und wegen der schweren Folgeerscheinungen bedeutungsvollsten Augenkrankheiten. Nach der Erfahrung des Verfassers ist das Ekzem geradezu die häufigste Ursache der Erblindung und der Schwachsichtigkeit.

Die alte Lehre, daſs das in Frage stehende Leiden einzig und allein auf Skrophulose beruhe und nur durch Beseitigung der letzteren geheilt werden könnte, zählt auch unter den neueren Ophthalmologen viele Anhänger. So schreibt Gutmann in seinem vortrefflichen *Kompendium der Augenkrankheiten* (1894) in Bezug auf das Ekzem der Bindehaut. Ätiologie: Skrophulose. Therapie: 1. allgemeine Therapie: Diät, Eiweiſsnahrung, Jodpräparate, frische Luft, Reinhaltung des Körpers, Soolbäder. Die Augen nicht verbinden. 2. Anregung der Resorption durch Reizmittel. Calomel vapore paratum, Unguentum hydrargyri oxydati flavi (1—3%) einmal täglich. 3. Behandlung des Katarrhs mit kalten oder warmen Wasserumschlägen.

Verfasser glaubt, daſs man Unrecht hat, die Ursache des Ekzems ausschlieſslich in der skrophulösen Diathese zu suchen, da man durch Anlegung von Kulturen auf festem Nährboden die unmittelbare Ursache des Ekzems leicht vervielfältigen, unter dem Mikroskope in Form der Staphylokokken zeigen und durch Einimpfungen von Reinzüchtungen in die Hornhaut Erkrankungen der Hornhaut künstlich hervorrufen kann, welche sich von den als skrophulös bezeichneten durch nichts unterscheiden lassen. Verfasser hält es deshalb für wichtig, der Krankheit einen dem Wesen derselben entsprechenden Namen beizulegen. Er nennt Ekzem alle die oberflächlichen

Entzündungen und die Bläschen- und Eiterbläschenausschläge der Haut, welche durch die Einwirkung der Eiterkörner (d. h. Staphylococcus pyogenes) hervorgebracht werden.

Die Ekzemausschläge auf der Bindehaut des Auges können ein sehr verschiedenartiges Aussehen zeigen. Die bläschenähnlichen Ekzemknötchen (Phlyktänen) sitzen häufig auf der dünnen Bindehautschicht am Rande der Hornhaut, oder auf der Hornhaut selbst. Haben sie sich mehr als 3 mm vom Hornhautrande entfernt entwickelt, so bewahren sie ihren Sitz meist unverändert, ist jedoch ein solches Knötchen näher am Hornhautrande entstanden, so zieht sich bald ein Gefäfsbüschel von dem nächstgelegenen Teile der Bindehaut zu demselben hin, das Knötchen rückt nach und nach an der Spitze des Büschels nach der Hornhautmitte hin und über dieselbe hinaus (Keratitis-Büschelform). Geht die Epitheldecke der Knötchen verloren, so wandeln sich diese in offene Geschwüre um. Das Bild wird ein anderes, komplicierteres und gefährlicheres, wenn es zur Vereiterung des Knötchens und der benachbarten Augenteile kommt.

Die beschriebenen Ekzemformen der Bindehaut und Hornhaut nehmen ihren Ausgang von Staphylokokken, welche von aufsen in das Gewebe eingedrungen sind, sie müssen deshalb hauptsächlich durch eine örtliche Behandlung geheilt werden, ohne dafs der allgemeine Gesundheitszustand der Patienten vernachlässigt zu werden braucht. Die Behandlung ist dieselbe, wie sie Verfasser bereits in *dieser Zeitschrift*, Band IV. No. 2. 1885 beschrieben hat.

Bei gleichzeitig vorhandenem Ekzem des Gesichtes und Kopfes müssen an erster Stelle diese Teile behandelt werden, da gewöhnlich von ihnen aus das Auge mit Ekzem angesteckt worden ist und immer wieder von neuem angesteckt wird.

Die Behandlung besteht sodann zunächst in der gründlichen Entfernung etwa vorhandener Borken und Krusten. Verfasser thut dies gewöhnlich durch sehr derbes Abpinseln aller kranken Stellen mit 3%iger Höllensteinlösung. Die Kranken schliefsen beim Bepinseln der Augenlider die Augen.

Nach dem Pinseln wird abgetrocknet, wieder gepinselt, abgetrocknet, und so 4—5 mal verfahren. Nach dem letzten Abtrocknen wird eine Salbe dick aufgestrichen, welche folgende Zusammensetzung hat:

Vaselin. american.	10,0
Ol. cadin.	1,5
Zinci oxydat.	4,0

Die Lidränder werden frei gelassen und mit folgender Salbe bestrichen:

Hydrargyr. praecipit. alb.	0,5
Zinci oxydat.	5,0
Vasel. americ.	10,0

Diese Salbe kann indessen auch die erstere, welche stark reizt, ersetzen.

Die Pinselungen mit Höllenstein werden anfangs täglich einmal, selten zweimal, später immer seltener vorgenommen. Dieses Verfahren hat mitunter bei schreienden Kindern starke kapillare Blutungen zu Folge, die recht widerwärtig aussehen können. Der Zustand bessert sich jedoch rasch; in 8—9 Tagen, zuweilen noch schneller ist das Ekzem der Haut beseitigt.

Das Ekzem des Auges wird in der Weise behandelt, dafs eine mechanische Reinigung durch reichliche Spülung des Bindehautsackes mit einer aseptischen oder schwach antiseptischen Flüssigkeit, beispielsweise einer 1‰igen Höllensteinlösung oder einer 5%igen Lösung von Aqua chlorata vorgenommen, hierauf 2—3 mal täglich Calomel vapore paratum als zarte Wolke so eingestäubt wird, dafs eine wenn auch

nur geringe Menge des Mittels in der unteren Übergangsfalte von einer Einstäubung bis zur anderen liegen bleibt.

VII. **Über Pityriasis rubra und die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Pseudoleukämie**, von W. Peter-Berlin. Rinecker hat schon im Jahre 1883 betont, dafs höchstwahrscheinlich kachektische Zustände, seien sie durch Tuberkulose oder andere chronische Erkrankungen bedingt, die ätiologischen Momente für das Auftreten der Pityriasis rubra abgeben. Später hat Jadassohn auf die auffallende Koincidenz der Pityriasis rubra mit Tuberkulose der Lymphdrüsen und der inneren Organe bei einem grofsen Prozentsatz der zur Sektion gekommenen und veröffentlichten Fälle hingewiesen.

Verfasser hatte im Sommer 1892 Gelegenheit, im Krankenhause Friedrichshain einen Fall von Pityriasis rubra zu beobachten. Die Krankengeschichte desselben wird im folgenden ansführlich mitgeteilt.

Der 42jährige Patient klagt nur über mäfsiges Jucken und leichtes Frösteln. Die Haut des ganzen Körpers ist mit gröfstenteils kleienförmigen, stellenweise auch gröfseren, zumeist leicht haftenden Schuppen bedeckt. Unter den Schuppen erscheint dieselbe livid-rosa bis scharlachrot, dabei gespannt, glänzend, die normalen Hautfalten verstrichen, die Augenlider ektropioniert, die Finger etwas in Beugestellung, die Nägel der Finger und Zehen sind stark verdickt und bröckelig. Die Beine erscheinen leicht ödematös. Die Achsel- und Inguinaldrüsen sind geschwollen, auf Druck nicht empfindlich. Die Untersuchung der Lungen und des Sputums ergaben nichts, was auf Tuberkulose schliefsen liefse; hereditär Belastendes liegt nicht vor. Die Temperatur beträgt 39°, Puls 100, regelmäfsig und ziemlich kräftig. Im weiteren Verlaufe der Krankheit tritt plötzlich ein rapides Zunehmen der Drüsenschwellungen auf. Die Axillardrüsen erreichen Apfelgröfse, die Submaxillar- und Cervicaldrüsen beginnen sich an der Hyperplasie zu beteiligen. Die Milz ist ebenfalls geschwollen. Der Blutbefund ist normal. Unter innerlichem Gebrauche von Arsenik geht die Drüsenschwellung rasch zurück, die Temperatur wird normal. Die Diagnose lautete neben Pityriasis rubra auf Pseudoleukämie. Nach einigen Wochen ist der Patient unter plötzlichem Kollaps gestorben. Die Sektion hat die Diagnose bestätigt.

Die mikroskopische Untersuchung excidierter Hautstückchen ergiebt Befunde, die im wesentlichen mit denen von Hebra, Tommasoli, Elsenberg, Petrini und Jadassohn bei Pityriasis rubra erhaltenen übereinstimmen.

Verfasser erörtert die Frage des Verhältnisses der Pseudoleukämie zur Pityriasis rubra. Bei dem in Rede stehenden Patienten hatte die Hautkrankheit schon monatelang bestanden, als während des Aufenthaltes desselben im Krankenhause Schwellung der Lymphdrüsen plötzlich auftrat. Es ist also die durch die zeitlich später eingetretene Pseudoleukämie bedingte Kachexie nicht für den Ausbruch der Hautkrankheit verantwortlich zu machen. Die Möglichkeit, dafs umgekehrt durch die Hautkrankheit ein Anstofs für das Auftreten der Pseudoleukämie gegeben werde, wird durch eine Anzahl in der Litteratur niedergelegter ähnlicher Beobachtungen gestützt. Epstein, Falkenthal, Meyer fanden die primäre Drüsenschwellung bei Pseudoleukämie als Folgeerscheinung cariös erkrankter Backenzähne, Westphal nach geschwürigen Prozessen an den Tonsillen, nach eiteriger Otitis media. Mosler nimmt Rachendiphtheritis, Ponfick einen Mandelabscefs mit regionärer Cervicaldrüsenschwellung als Ausgangspunkt an. E. Wagner fand drei Fälle von lymphatischer Anämie mit Prurigo vergesellschaftet.

Die mikroskopische Untersuchung von Prurigoknötchen und den Lymphdrüsenneubildungen in den von Wagner erwähnten Fällen hat keine bemerkenswerte Übereinstimmung und keine solche Anhaltspunkte ergeben, dafs man aus denselben bei

einer Koincidenz beider Krankheiten die Prurigo oder die Pseudoleukämie als die primäre Erkrankung hätte ansehen können.

Verfasser ist um so mehr geneigt, die Hautkrankheit, resp. die durch sie bedingte regionäre Drüsenschwellung als veranlassendes Moment für die Pseudoleukämie anzunehmen, als auch andere mit chronischen Drüsenschwellungen einhergehende Hautkrankheiten als Initialerscheinung derselben beobachtet wurden. So haben Westphal, v. Recklinghausen dem Ausbruch einer Pseudoleukämie lichenartige Hautaffektionen, resp. Lichen ruber vorangehen sehen. Hauptsächlich scheinen solche Hautkrankheiten in der Anamnese der Pseudoleukämie eine Rolle zu spielen, welche zu chronischen, indolenten, nicht zur Eiterung tendierenden Drüsenschwellungen zu führen pflegen, wie Prurigo, Lichen ruber, Pityriasis rubra. Diese Drüsenschwellungen scheinen dann, wie aus den Beobachtungen hervorgeht, vor oder zu gleicher Zeit mit dem Beginn der Allgemeinerkrankung aufzutreten. Unter welchen Bedingungen aber die gutartigen Lymphome in die malignen Lymphosarkome übergehen, wird solange unaufgeklärt bleiben, als wir für das Wesen der Pseudoleukämie eine Erklärung nicht besitzen.

Dafs die Pseudoleukämie wie die Leukämie Erscheinungen in der Haut machen kann, welche als Metastasen und als Teilerscheinung des gesamten Krankheitsbildes anzusehen sind, steht nach den Veröffentlichungen von Kaposi, Biesiadecki, Paltauf, Arning, Köbner u. a. fest.

Aus der Betrachtung der publizierten Fälle, bei denen Hautkrankheiten neben Pseudoleukämie gleichzeitig bestehen, kann man den Schlufs ziehen, dafs eine Erkrankung die Ursache sowohl als die Folge der anderen sein kann; und zwar schliefst sich die Pseudoleukämie chronischen Hautleiden, die zur Bildung indolenter Drüsenschwellungen führen, in diesem Sinne auch der Syphilis an; während andererseits im Gefolge einer vorher bestehenden Pseudoleukämie metastatische Ablagerungen der Lymphsarkome auch in der Haut stattfinden können.

VIII. **Über die chronische Gonorrhoe des Mannes und ihre Heilbarkeit,** von Martin Friedländer-Berlin. Verfasser definiert die chronische Gonorrhoe folgendermafsen: Die chronische Gonorrhoe ist diejenige Erkrankung der Harnröhre, bei welcher die Harnröhrenschleimhaut, ohne sich in einem entzündlichen Reizzustande zu befinden, als Folge früherer gonorrhoischer Infektion, ein aus Schleim, Eiter und Epithelzellen zusammengesetztes Sekret absondert; dieses hat seinen Ursprung in cirkumskripten Granulationen, Erosionen resp. Ulcerationen oder in Infiltrationen der Schleimhaut.

Die Ursache für die vielfach behauptete Unheilbarkeit der chronischen Gonorrhoe ist nicht lediglich in der schwierigen Erkenntnis oder Lokalbestimmung derselben zu suchen. Vermittelst Knopfsonde und Endoskop sind wir in der Lage, die genaueste Bestimmung, ob Pars cavernosa oder bulbosa, membranacea oder prostatica, ob vordere oder hintere Wand befallen sind, zu treffen.

Trotz alledem, trotzdem wir auch über eine grofse Zahl von Mitteln gegen die Gonorrhoe verfügen, ist die Prognose, wenn auch nicht eine schlechte, so doch in jedem einzelnen Falle eine zweifelhafte, und zwar deshalb, weil es bis zum heutigen Tage nicht gelungen ist, die Gründe aufzudecken, weshalb eine chronische Gonorrhoe das eine Mal ohne weiteres abheilt, das andere Mal derselben Therapie hartnäckig widersteht. Dafs solche Gründe wirklich vorhanden, aber versteckt sind und leicht übersehen werden, dafür bringt der Verfasser in vier Krankengeschichten Beispiele bei. Wir heben aus denselben Fall II. heraus.

Patient ist seit 3—4 Jahren stets ohne Erfolg behandelt worden und klagt gegenwärtig über Harndrang und Ausflufs. Die Untersuchung ergiebt Cystitis, Striktur

der Pars bulbosa, Gonorrhoea chronica et subacuta. Die Cystitis wird rasch geheilt, dagegen schreitet die Besserung der Gonorrhoe nur langsam vorwärts und wird häufig durch Recidive unterbrochen. Endlich nach fünfmonatlicher Behandlung sollte der Patient in gut gebessertem Zustande entlassen werden, als sich plötzlich bei ihm wiederum eine typische, akute Gonorrhoe einstellte. Patient gestand ein, daſs er seit mehreren Jahren mit einer Witwe in geschlechtlichem Verkehr gestanden habe, den er vor etwa vier Wochen abgebrochen hatte. Damit fiel die endliche Besserung zusammen. Jetzt hatte er sich der Betreffenden wieder genähert, und die Folge war die frische Gonorrhoe. Die Untersuchung der Witwe ergab typischen Cervicalkatarrh mit dickeitrigem Sekret, die Patientin hatte bis dahin keine Ahnung von ihrer Krankheit. Der Verkehr wurde nun völlig untersagt, und nach wenigen Wochen war Patient von seiner langjährigen Gonorrhoe geheilt.

Wie das auch schon Veit von der frischen Gonorrhoe bei Frauen (*Dermatol. Zeitschr.* 1893. Heft II.) nachgewiesen hat, ist an der häufigen Erfolglosigkeit der Therapie zumeist die fortlaufende gegenseitige Reinfektion Schuld; um den einen Teil (Mann oder Frau) zu heilen, muſs gleichzeitig auch der andere mit entsprechenden Mitteln behandelt und geheilt werden.

Für die Durchführung einer erfolgreichen Therapie kann die Befolgung nachstehender, vom Verfasser aufgestellter Grundsätze eine genügende Handhabe bieten

Es giebt nur eine chronische Gonorrhoe. Weder ätiologisch, noch histologisch-anatomisch, weder symptomatisch, noch therapeutisch besteht ein Unterschied zwischen der chronischen Gonorrhoe der Pars anterior und posterior urethrae.

Zur wirksamen Behandlung der chronischen Gonorrhoe ist streng auf die Vermeidung der Reinfektion zu achten. Deshalb sind bei verheirateten Männern die Frauen ebenso wie umgekehrt stets zu untersuchen und eventuell gleichzeitig zu behandeln. Während des Bestehens der Erkrankung ist der Verkehr völlig zu untersagen.

IX. **Zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkerkrankungen,** von Prof. Renvers-Berlin. (S. Referat in *dieser Zeitschrift.* XVIII. S. 371.)

X. **Die im höheren Lebensalter erworbene Syphilis und die Krankheiten des Nervensystems,** von Prof. Mendel-Berlin. (S. Referat in *dieser Zeitschrift.* XVIII. S. 368.)

XI. **Zur Diagnostik der Palmar-Affektionen,** von Prof. Lassar-Berlin. Verfasser will in dem vorliegenden Aufsatze einen Beitrag zur Erleichterung der Diagnose syphilitischer Palmaraffektionen liefern. Es kommen in differentiell-diagnostischer Beziehung hauptsächlich in Betracht Psoriasis, chronische Palmardermatitis mit Rhagaden und Schwielenbildung. Die alte Erfahrung, daſs die Psoriasis die Streckseiten, die Syphilis die Volarfläche der Hände bevorzugt, trifft im allgemeinen zu. In einzelnen zweifelhaften Fällen läſst sie jedoch im Stiche, da auch einfache Schuppenflechte, noch mehr der Herpes tonsurans die Vola befallen, andererseits namentlich veraltete Spätsyphilis die Dorsalfläche der Hände und der Finger (besonders die Nägel) befallen kann. Solche Fälle, wo diese Vorkommnisse nur als Teilerscheinung einer gleichzeitig am übrigen Körper bestehenden Psoriasis oder Syphilis sich äuſsern und der Diagnose keinerlei Schwierigkeiten bereiten, scheiden bei der vorliegenden Betrachtung aus.

Bei aller Verschiedenheit der syphilitischen Hauterkrankungen und bei den mannigfachen Veränderungen, denen sie unterworfen sind, pflegen sie sich dennoch mit einer gewissen Gesetzmäſsigkeit zu entwickeln, auszubreiten und zeigen eine besondere Neigung zu typischer Anordnung. Immer wird das Bestreben, sich in Kreis- und Kugelsegmenten fortzubilden, erkennbar bleiben.

Betrachtet man syphilitische Palmaraffektionen verschiedenen Alters nebeneinander, so ist die Thatsache interessant, daſs die frische Syphilis ebenso aussehen und ebenso hartnäckige Palmaraffektionen erzeugen kann, wie die veraltete. Vielfach spielen hierbei äuſsere Verhältnisse eine Rolle. So kann beispielsweise bei Seilern, Tischlern, Köchen und Arbeitern, die viel mit ihren Händen hantieren, das spezifische Virus im meist malträtierten Teile mit besonderer Leichtigkeit und verhältnismäſsig rasch in scharfen Formen zur Entwickelung kommen. Solche scharfe Formen sind als Syphilis unschwer zu erkennen. Anders wenn das ursprüngliche Bild einer Papel nach und nach unter Entzündung, Quetschung, irritativer Behandlung verwischt wird. Eine Papel, die allmählich verhornt, kann bei fortschreitender Verhornung einer Psoriasis, einer Tylosis ähnlich werden. Die Anamnese und die begleitenden Umstände werden die Diagnose sichern.

Verfasser hat seine Betrachtungen an der Hand farbiger, pathologische Veränderungen der Handflächen fixierender Abgüsse angestellt.

C. Berliner-Aachen.

Bemerkung zu dem Referat von Pick (S. 551 dieses Heftes).

Obwohl ich im allgemeinen den objektiven Angaben der Referenten der Monatshefte f. prakt. Dermatologie nichts hinzuzufügen pflege, darf ich für die Leser der letzteren die aus der Luft gegriffene und lächerliche Behauptung von Pick nicht ohne Bemerkung dem Druck übergeben. Meine Favusreinkulturen befinden sich seit Jahren in den Händen von Bakteriologen und Botanikern ersten Ranges, ohne daſs je eine als unrein nachgewiesen wurde. Überhaupt involviert die Idee, daſs man Favuspilze jahrelang in ungezählten Generationen „unrein“ fortkultivieren könne, oder auch nur die, daſs ein beliebiger Anfänger eine Unreinheit der Kulturen auf festem Nährboden nicht sehr bald erkennen würde, eine unglaubliche Naivität in mykologischen Dingen. Wenn ich auf diese Ungereimtheiten von Pick so wenig näher eingehe wie auf frühere desselben Autors, so liegt der Grund davon in dem Umstande, daſs es keinen Nutzen haben kann, mit jemand ernstlich in dieser Frage zu diskutieren, der trotz wiederholter längerer Ausführungen auf Kongressen und im Archiv für Dermatologie auch nicht das Geringste für dieselbe geleistet hat.

Unna.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVIII. №. 12. 15. Juni 1894.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über die bakteriologische Diagnose der Akne.

Von

Dr. Menahem Hodara,
kaiserlich ottomanischem Marinearzt in Konstantinopel.

(Mit Tafel V.)

Die nachfolgende Abhandlung ist auf Anregung meines verehrten Lehrers Dr. Unna entstanden. Unna hat in den letzten Jahren viel über den Gegenstand gearbeitet, hat aber nichts davon veröffentlicht, sondern nur seinen Schülern vor etwa zwei Jahren von den Befunden mündliche Mitteilung gemacht, dieselben auch in seinem demnächst erscheinenden *Handbuch der Histopathologie der Haut* beschrieben. Als mich Unna zu den folgenden Untersuchungen bestimmte und mir das nötige Material überwies, nahm er mir das Versprechen ab, mir weder durch die Prüfung seiner Präparate, noch durch das Studium des Kapitels über Akne, das sich schon im Druck befand, Kenntnis von seinen eigenen Befunden zu verschaffen. Ich sagte das mit Freuden zu, da die Richtigkeit der Befunde dann am besten verbürgt erscheint, wenn sie von verschiedenen Forschern ganz unabhängig voneinander ermittelt sind.

Über das Vorkommen verschiedener Organismen im Komedo sagte mir Unna kein Wort; er zeigte mir nur die verschiedenen Methoden der Färbung und der Kulturen, die für diese Untersuchung nötig waren. Wenn es sich nun am Schlusse meiner Arbeit herausstellt, daſs meine Ergebnisse in allen wesentlichen Punkten mit denen von Unna in seinem demnächst erscheinenden *Handbuch der pathologischen Anatomie der Haut* niedergelegten übereinstimmen, so spricht das, wie ich glaube, sehr zu Gunsten der Richtigkeit unserer Befunde.

Die Wichtigkeit einer bakteriologischen Diagnose des Komedo erhellt aus der Thatsache, daſs der ursprüngliche Begriff der Akne bei vielen Dermatologen im Laufe der Zeit von seiner Einfachheit eingebüſst hat. Unna legt in seinen Vorträgen immer den gröſsten Wert darauf, daſs die vereinzelte, namentlich bei Erwachsenen an den verschiedensten Körperstellen

vorkommende Folliculitis nicht mit Akne verwechselt werde. Er versteht unter Akne ausschliefslich die wohlbekannte, bei jungen Leuten vorkommende Form, die besonders mit Mitessern an der Stirn, der Wange, der Nase, dem Kinn, den Schultern, der Brust, sehr selten nur auf den Armen beginnt und sich, nicht immer freilich, aber doch recht häufig in eine pustulöse Dermatose umwandelt. Dieses Leiden nimmt, zumal bei blassen, anämischen Personen, einen chronischen Verlauf, ergreift einen Follikel nach dem anderen und heilt gewöhnlich erst nach Eintritt der Pubertät. Die richtige Akne greift niemals auf andere Körperteile über und beginnt immer mit Komedonen. Eine Folliculitis ohne Komedonen ist niemals Akne, selbst wenn sie die Lieblingsstellen der letzteren einnimmt. Ferner ist bei der richtigen Akne das Stratum corneum an denjenigen Stellen, wo die Mitesser sitzen, immer verdickt. Nach diesen klinischen Merkmalen unterscheidet Unna die Akne klipp und klar von allen anderen Folliculitisformen.

Nachdem nun Unna in den Komedonen eine reiche Flora nachgewiesen hat, — vergleiche seine Abhandlung über Hornbakterien in *dieser Zeitschrift* — so erscheint die Frage wichtig, ob sich zwischen wirklicher Akne und irgend sonstigen Komedonen wie klinisch, so auch bakteriologisch ein scharfer Unterschied fesstellen lasse. Da es nicht immer leicht ist, aknekranke Hautstückchen auszuschneiden, so würden wir auf diese Weise vielleicht durch die bloſse bakteriologische Prüfung ausgedrückter Mitesser ein bequemes Mittel erhalten, um in zweifelhaften Fällen die echte Akne allemal von ähnlichen Ausschlägen zu unterscheiden. Und schliefslich würde ein bedeutender bakteriologischer Unterschied zwischen Akne und sonstigen Folliculitisformen deutlich dafür sprechen, dafs der Begriff Akne, so wie Unna ihn begrenzt, seine wissenschaftliche Berechtigung hat.

Da das mir von Unna überwiesene und das von mir gesammelte Material nur aus Komedonen besteht, so mufs ich meine Untersuchung auf diesen Teil der Akneerkrankung beschränken. Unterdessen geht aus der mir jetzt vorliegenden Unnaschen Arbeit hervor, dafs der mikroskopische Befund der aknekranken Haut mit demjenigen der Komedonen übereinstimmt. In diesem Punkte geht die Unnasche Arbeit weiter als die meinige. Andererseits konnte ich die bakteriologische Untersuchung weiter führen, indem es mir gelang, von allen im Komedo vorkommenden Keimen Kulturen zu erhalten.

Die Herkunft der Komedonen.

Ich bediene mich hier einer klinischen Unterscheidung, die sich auf die früher erwähnte enge Begrenzung der Akne bezieht. Dank des mir von Unna gütigst überwiesenen Materials, konnte ich meine Unter-

suchungen an 20 Fällen von Komedonen echter Akne anstellen, die von der Stirn, dem Gesicht und der Brust junger Mädchen und junger Männer aus der Klinik, Poliklinik und Privatpraxis herrührten. Ferner standen mir drei Fälle vereinzelter Komedonen ohne Spur von Akne und ein Fall von follikulärer Cyste zur Verfügung. Ich lasse eine kurze Tabelle aller dieser Fälle folgen:

Tabelle der Komedonen.

1. Komedonen von Akne.

No.	Patient	Diagnose	Ort, von dem der Mitesser entnommen wurde	Bemerkungen
1	Junges Mädchen Poliklinik	Acne pustulosa	Stirn und Kinn	
2	Junges Mädchen Poliklinik	Acne punctata	Gesicht und Rücken	
3	Junges Mädchen Poliklinik	Acne pustulosa	Stirn und Lippen	
4	Junges Mädchen Poliklinik	Acne pustulosa	Stirn und Brust	
5	Junges Mädchen Poliklinik	Acne pustulosa	Stirn	
6	Junges Mädchen Poliklinik	Acne pustulosa	Stirn	
7	Junger Mann Poliklinik	Acne pustulosa	Stirn	
8	Junges Mädchen Klinik	Acne pustulosa	Stirn und Kinn	
9	Junges Mädchen Poliklinik	Acne pustulosa	Stirn und Kinn	
10	Junges Mädchen Poliklinik	Acne punctata	Stirn und Kinn	
11	Leichnam	Acne	Rücken	Ein Hautstückchen mit Komedonen
12	Leichnam	Acne	Rücken	Ein Hautstückchen mit Komedonen
13	Junges Mädchen Privatpraxis	Acne punctata	Stirn	

No.	Patient	Diagnose	Ort, von dem der Mitesser entnommen wurde	Bemerkungen
14	Junges Mädchen Privatpraxis	Acne punctata	Stirn	
15	Junger Mann Poliklinik	Acne hypertrophica	Stirn	
16	Junges Mädchen Privatpraxis	Acne punctata	Stirn	
17	Junger Mann Klinik	Acne punctata	Stirn und Kinn	
18	Junger Mann Poliklinik	Acne pustulosa	Stirn und Kinn	
19	Junger Mann Poliklinik	Acne punctata	Stirn und Kinn	
20	Junger Mann Poliklinik	Acne punctata	Stirn und Kinn	

2. Verschiedene andere Komedonen.

No.	Patient	Diagnose	Ort, von dem der Mitesser entnommen wurde	Bemerkungen
1	Junger Mann	Eccema seborrhoicum universale	Brustbein	Keine Akne, sondern eine vereinzelte Gruppe grofser Mitesser auf der Brust
2	Junger Mann Klinik	Eccema seborrhoicum	Kopfhaut	Zwei vereinzelte Mitesser
3	Junges Mädchen Poliklinik	Gesunde Haut	Stirn	Vier vereinzelte Mitesser ohne Spur von Akne
4	Alte Frau Poliklinik	Cystis follicularis cornea	Augenlid	Aus der ophthalmologischen Poliklinik von Prof. Deutschmann

Die mikroskopische Untersuchung.

Man legt den Komedo 4—5 Stunden in absoluten Alkohol, alsdann thut man einige Tropfen Äther hinzu, und nach weiteren 1—2 Stunden legt man das Präparat in Celloidin, woselbst es 12 Stunden bis zur völligen Erhärtung bleibt. Auf diese Weise bin ich immer verfahren.

Schneller kommt man noch zum Ziele, wenn man die ausgedrückten Komedonen zuerst in verdünntes und dann nach einer Stunde in reines Celloidin legt. Man erhält auf diese Weise schon nach 2—3 Stunden lehrreiche Präparate.

Färbung.

Verfahren mit Methylenblau. (Vergl. *Monatshefte.*)

Man färbt die Komedoschnitte, indem man sie einige Minuten in dem UNNAschen Methylenblau polychromicum liegen läfst; die Färbung wird bei stundenlangem Verweilen in der Lösung natürlich viel kräftiger. Man entfärbt darauf mit einem Glycerinäther-Gemisch, oder besser noch mit einer neutralen Alkohollösung von Orcein, darauf hellt man das Präparat in Bergamottöl auf und verschliefst es mit Kanadabalsam.

Verfahren mit Jod.

modificiert von Dr. UNNA. (Vergl. *Monatshefte.*)

Man färbt die Schnitte zuerst oberflächlich mit einer schwachen Eosinlösung, färbt darauf mit einer alkoholischen Lösung von Gentianaviolett plus Anilinwasser, fixiert mit einer Lösung von Jodkali plus Wasserstoffsuperoxyd und entfärbt mit Anilinöl. Setzt man dem letzteren noch einige Körnchen Pikrinsäure hinzu, so erhält man prächtige Präparate, in denen die Mikroorganismen des Akne-Komedo leicht und deutlich von dem Stratum corneum zu unterscheiden sind.

Verfahren mit Methylenblau und Tannin.

UNNAsches Verfahren. (Vergl. *Monatshefte.*)

Man läfst die Schnitte 12 Stunden lang im UNNAschen Methylenblau polychromicum liegen, thut sie alsdann zur Entfärbung eine Viertelstunde lang in eine $33^1/_3$ %ige Tannin-Wasser-Lösung, wäscht darauf 10 Minuten in verdünntem Alkohol, dann in Wasser und absolutem Alkohol, hellt in Bergamottöl auf und verschliefst das Präparat mit Kanadabalsam.

Anatomie der Komedonen.

Ehe ich das Ergebnis meiner Untersuchungen der Präparate von 20 verschiedenen Aknefällen mitteile, möchte ich einige Bemerkungen über den Bau des Komedo voraufschicken, um die Bezeichnungen, deren ich mich bediene, zu erläutern. Ich werde sodann in einer Tabelle jeden Fall einzeln bezeichnen.

Der Medianschnitt des Komedo hat eine cylindrokonische Form; sein oberer Teil (Kopf des Komedo) ist enger, als sein unterer Teil (Grund des Komedo). Sein äufserer Teil besteht aus konzentrisch aufgelagerten Hornschichten (Mantel des Komedo); sein Kern setzt sich zusammen: 1. aus ungleichmäfsig verteilten Hornlamellen (innere Lamellen); 2. aus Hohlräumen zwischen diesen Lamellen. Im allgemeinen nimmt ein

großer Hohlraum die Mitte ein und erstreckt sich im Komedo nach unten, während kleinere Hohlräume unregelmäßig zwischen den inneren Lamellen verteilt sind und ganz kleine Höhlungen sich von hier aus auch häufig bis zu den äußeren Lamellen erstrecken.

Von den Keimen im allgemeinen.

In dem Komedo der echten Akne habe ich regelmäßig drei Arten von Mikroorganismen gefunden, und zwar 1. eine Form von Kokken, die dem Komedo eigentümlich sind; 2. große Bacillen (die Flaschenbacillen Unnas, die mit den Sporen von Malassez identisch sind); 3. kleine Bacillen. Die ersteren finden sich häufig im Kopf und den äußeren Lamellen, bald in großen, kreisförmigen Haufen, bald auch einzeln. Sie dringen weder ins Innere des Komedo, noch finden sie sich je im Grunde.

Die zweite Sorte trifft man fast immer im Kopf, zuweilen auch in den äußeren und inneren Lamellen; sie lagern tiefer als die ersteren, aber niemals im Grunde, noch in den zentralen Höhlungen. Sie vermischen sich mit den Kokken und bilden mit ihnen Haufen, in denen bald die einen, bald die anderen überwiegen.

Die dritte Sorte von Organismen sind die wichtigsten. Sie sind nicht oberflächlich gelagert wie die vorhergehenden. Ich habe sie immer und ohne Ausnahme nur im Grunde, in den zentralen Hohlräumen, weniger oft und reichlich auch in den kleinen peripheren Höhlungen des Komedo der rechten Akne getroffen. Im Grunde und im Zentrum sind sie immer allein, ohne sich jemals mit den vorgenannten Arten zu vermischen.

Von den kleinen Bacillen im Komedo der echten Akne.

Auf das Vorhandensein dieser Bacillen hat Unna als erster schon im Jahre 1891 kurz hingewiesen.[1] Diese Bacillen haben die Form kleiner, kurzer, aber verhältnismäßig dicker Stäbchen. Fast alle sind sie leicht gekrümmt, nur wenige gerade; die Enden sind abgerundet und ein Ende ist etwas verjüngt; stets ist der Bacillus in der Mitte etwas dicker, als an seinen Enden. Seine durchschnittliche Länge beträgt 0,7 μ, seine durchschnittliche Breite 0,3 μ; indessen sind die ganz kleinen Bacillen 0,3 μ lang und breit.

Diese Bacillen erscheinen nun mit Hülfe der Unnaschen Färbemethoden als recht eigenartige Individuen. Diese Färbemethoden sind, wie bereits erwähnt: 1. Methylenblau-Glycerinäther oder Orcein; 2. Methylenblau-Tannin. Man erkennt bei diesen Färbungen, daß die Bacillen von einer homogenen Masse, einer Gloea, allseitig umgeben sind,[2]

---

[1] Vergl. *diese Zeitschr.* 1891: Über die Färbung der Mikroorganismen im Horngewebe. Bd. XIII. S. 225.

[2] Vergl. auch die ausführliche Beschreibung, die Unna von diesen Bacillen in seinem neuen wertvollen Buche über *die pathologische Anatomie der Haut* giebt.

welche sich nach der ersten Methode schwach violett, nach der zweiten stärker grün färbt und sich von der Hornmasse deutlich unterscheidet. Die Färbung mit Jod, bei der die Gloea ungefärbt bleibt, hat dagegen den Vorteil, daſs sie die Form der Bacillen deutlicher erscheinen läſst.

Die kleinsten unter den Bacillen werden noch eben mit $^1/_{12}$ Leitz als kleine, fast punktförmige Stäbchen wahrgenommen. Beim weiteren Wachstum werden dann ihre Länge und Breite immer ungleicher; letztere bleibt fast unverändert, während erstere mehr und mehr zunimmt, bis die Form kleiner, dicker Stäbchen erreicht ist und die Einhüllung in die Gloea Platz hat. Dabei vereinigen sich zuweilen 2—3 Bacillen zu einer Reihe. Einzelne gröſsere Stäbchen zeigen in der Mitte eine feine, quere, ungefärbte Zone, während dagegen die Enden stark gefärbt erscheinen. Wo die Bacillen dicht gedrängt stehen, da verschmelzen ihre Gloeahüllen miteinander und bilden groſse Massen. Je gröſser und älter diese Massen sind, um so deutlicher erscheint die Gloea gefärbt.

Dieser Mikroorganismus findet sich nun in ungeheuren Massen und füllt den Komedo der echten Akne fast ganz aus. Er befindet sich in dichten Massen in den Hohlräumen aufgeschichtet, namentlich an deren Peripherie, während er im Zentrum der Höhlungen einzelne Klumpen bildet, um welche farblose Räume übrig bleiben. Letzteres gilt aber nur für die Jodfärbungsmethode, bei der man viel mehr farblose Teile sieht, als bei der Färbung mit Methylenblau. Bei dieser erkennt man, daſs diejenigen Hohlräume, die in den mit Jod behandelten Präparaten leer erscheinen, doch noch eine feste Masse enthalten, die Gloea nämlich. Aber auch diese erfüllt die Hohlräume nur zum gröſsten Teil, so daſs auch in den mit Methylenblau gefärbten Präparaten in den bedeutendsten Hohlräumen zwischen den Hornlamellen und der Gloea leerer, unausgefüllter Raum übrig bleibt. Diese Lücken sind in den frischen Komedonen mit Fett ausgefüllt. Die kleineren Höhlungen weisen keinen leeren Raum auf, sondern sind mit der Gloea der Bacillen angefüllt.

Die Färbung durch Tannin-Methylenblau läſst die Gloea sehr schön erkennen, sie ist daher am vorzüglichsten geeignet, die Verteilung des kleinen Bacillus und seiner Gloea in dem Komedo zu zeigen.

Auch das Wachstum dieses kleinen Stäbchenkeimes zu beobachten, war mir vergönnt. Wir hatten nämlich in der Klinik einen jungen Menschen liegen, der neben einer anderen Hautkrankheit auch an Akne litt. Bei diesem nun konnte ich die ganz kleinen, gerade noch wahrnehmbaren Mitesser im Beginn ihrer Entwickelung ausdrücken, und da habe ich beobachtet, daſs die kleinen Bacillen nur im Zentrum des Komedo ganz kleine Herde bilden, und daſs jede andere Art von Keimen fehlt. In etwas gröſseren Mitessern füllen sie ebenfalls das Zentrum aus, d. h. die Höhlung oder die verschiedenen Hohlräume zwischen sämtlichen

inneren Lamellen. Aber jetzt trifft man sie auch im Grunde des Komedo, der durch die wachsende Menge der Bacillen und ihrer Gloea eigenartig geschwollen ist. Dabei wachsen die Bacillen nur nach unten, lassen aber den oberen Raum des Komedo für andere, später auftretende Keime frei. Nur bei alten, groſsen Mitessern, die allemal äuſserst reich an Keimen sind, begnügen sich die kleinen Bacillen nicht mit dem Grunde und den mittleren Teilen; hier breiten sie sich vielmehr auch weiter aus und bilden auch zwischen den äuſseren Lamellen kleine Herde.[3]

Bei der sorgfältigsten Untersuchung meiner 20 Fälle von Komedonen echter Akne habe ich diese Bacillen allemal in der eben beschriebenen Weise angetroffen. In den Fällen von Komedo ohne Akne dagegen, von deren Herkunft schon die Rede war, habe ich niemals die geringste Spur dieser Bacillen gefunden.

Ich lasse nun für jeden Fall eine besondere Tabelle folgen; die Nummern entsprechen denen der ersten Tabelle.

Anzahl der kleinen Bacillen in den Aknekomedonen.

No.	Grund	Zentrale Hohlräume	Kleine periphere Höhlungen	Bemerkungen
1	Sehr groſse Zahl	Groſse Menge	Kleine Anzahl	
2	Sehr viele	Groſse Menge	Wenige	
3	Sehr viele	Sehr groſse Menge	Wenige	
4	Viele	Sehr groſse Menge	Wenige	
5	Sehr viele	Sehr groſse Menge	Mäſsig viele	
6	Sehr viele	Sehr groſse Menge	Viele	
7	Sehr viele	Sehr groſse Menge	Wenige	
8	Sehr viele	Sehr groſse Menge	Viele	
9	Sehr viele	Sehr groſse Menge	Viele	
10	Sehr viele	Sehr groſse Menge	Wenige	
11	Mäſsig viele	Mäſsig viele	0	
12	Viele	Sehr groſse Menge	Wenige	
13	Sehr viele	Sehr groſse Menge	Wenige	
14	Viele	Sehr groſse Menge	0	

[3] Meine Tabelle von 20 Fällen besteht hauptsächlich aus solchen Schnitten, in denen das Wachstum der Bacillen seinen Höhepunkt erreicht hat.

No.	Grund	Zentrale Hohlräume	Kleine periphere Höhlungen	Bemerkungen
15	Sehr viele	Sehr grofse Menge	Wenige	
16	Sehr viele	Sehr grofse Menge	Wenige	
17	Sehr wenige	Mäfsig viele	0	Ganz kleiner, kaum wahrnehmbarer Komedo
18	Sehr viele	Sehr grofse Menge	Viele	
19	Sehr viele	Sehr grofse Menge	Mäfsig viele	
20	Sehr viele	Sehr grofse Menge	Mäfsig viele	

Ich halte es für überflüssig, auch von den Komedonen der Pseudoakne eine Tabelle zu liefern. Dieselbe würde die umgekehrten Zahlenverhältnisse aufweisen; denn diese Komedonen enthalten weder eine zentrale, noch periphere Höhlungen, noch einen hohlen Grund. Es genügt vielmehr für diese Komedonen die Bemerkung, dafs sie: 1. weder den kleinen Bacillus, noch die von ihm infolge seines Wachstums hergestellten Hohlräume beherbergen, und dafs 2. die in ihnen enthaltenen Keime (siehe weiter unten) in einer ganz anderen Weise gelagert sind.

Dieses regelmäfsige Vorkommen der kleinen Bacillen und ihre immer gleichmäfsige Anordnung in den verschiedenen Komedonen der 20 Fälle von wahrer Akne, sowie ihr vollkommenes Fehlen in den Fällen von Pseudoakne läfst demnach die Behauptung zu, dafs diese Bacillen die zuverlässigen Begleiter der Akne und deshalb vielleicht ihre Ursache sind.

Von den Kulturen des kleinen Bacillus.

Meine ersten Kulturversuche des Aknebacillus habe ich in folgender Weise mit Agar angestellt:

Gemeinsame Kulturen.

Es war mir bekannt, dafs jeder Komedo aufser den kleinen Bacillen, auf deren Studium es mir besonders ankam, auch noch verschiedene andere Keime in grofser Menge enthält. Bei einer Aussaat des ganzen Komedo auf Agar mufste also notwendig eine unreine Kultur aufgehen.

Unter diesen Umständen wäre es zwecklos gewesen, die Mitesser aseptisch auszudrücken, oder allen nicht aseptisch gewonnenen Komedoneninhalt von der Untersuchung auszuschliefsen. Denn ich konnte ja jeden weiteren Organismus von den drei im Komedo vorkommenden sofort unterscheiden, und eine Verwechselung war mithin sicher aus-

geschlossen. Übrigens sei hier gleich bemerkt, dafs ich in den von mir angelegten Komedokulturen niemals andere, als die genannten drei Pilzarten, wachsen sah, selbst dann nicht, wenn die Mitesser ohne die geringsten antiseptischen Vorkehrungen gewonnen waren.

Der ausgedrückte Komedo wird also mit einer vorher sterilisierten Platinnadel gefafst und auf Agarplatten ausgesät. Schon nach 24 bis 36 Stunden gewahrt man, dafs sich um den Komedo einzelne milchig weifse Punkte bilden, die teilweise zusammenfliefsen und rings um den Komedo einen weifsen, punktförmigen Hof bilden. Dieser Hof dehnt sich in exzentrischer Richtung von Tag zu Tag immer mehr aus. Färbt man einen dieser weifsen Punkte und bringt ihn unters Mikroskop, so entpuppt er sich als eine Kultur von Kokken, wie sie im Komedo vorkommen.[4] Die Kokken lagern im Komedo am oberflächlichsten und verhindern durch ihr Überwuchern das Wachstum der Bacillen. Da letztere nun ganz im Innern des Komedo sich aufhalten und möglicherweise ohne Sauerstoff wachsen, so habe ich die Komedonen in eine dicke Schicht von Agar eingebettet, indem ich die Aussaat nochmals wieder mit Agar übergofs. Aber auch hiermit blieb der gewünschte Erfolg aus, denn ich erhielt immer nur wieder Kolonien von Kokken, bis auf ein Mal, wo neben ihnen auch eine kleine Kolonie von Flaschenbacillen sich ansiedelte; niemals aber konnte ich die kleinen Aknebacillen erhalten. Um letztere zu Gesicht zu bekommen, mufste also zuvor ein Mittel ausfindig gemacht werden, das die Kokken vernichtete. Zu diesem Zwecke habe ich, UNNAS Ratschlag folgend, das nämliche Prinzip angewandt, dessen er sich zuweilen zur Tötung der Kokken bedient, die sich fast immer in favus- und trichophytiasiskranken Haaren finden. Auf diesem Wege habe ich denn endlich nach verschiedentlichen Versuchen ein Verfahren ausfindig gemacht, mit Hülfe dessen es leicht gelingt, eine Reinkultur der kleinen Bacillen der Akne zu erhalten.

Methode mit absolutem Alkohol.

Die ausgedrückten Komedonen werden in eine kleine Flasche mit absolutem Alkohol hineingethan, daselbst 2—4 Tage liegen gelassen und alsdann unmittelbar auf Agarplatten ausgesät.

Nach zwei Tagen gewahrt man nicht mehr, wie sonst, schon makroskopisch eine Trübung rings um die Mitesser; es findet kein Wachstum von Kokken mehr statt, denn die sind alle durch den Alkohol getötet. Bei genauem Zusehen erkennt man nur einen ganz zarten, klaren Saum rings um den Komedo. Bei schwacher Vergröfserung nimmt man ein kreisförmiges Wachstum in Form einer Scheibe um den Komedo wahr, desgleichen kleine, halbkreisförmige Ausbuchtungen mit zackigem Rande;

[4] Den Beweis hierfür siehe weiter unten.

sie sind hellgelb gefärbt und unterscheiden sich deutlich von dem dunkler gefärbten Komedo. Dieses Wachstum nimmt mit jedem Tage, wenn auch nur in ganz geringem Maſse, zu.

Um diese Herde zu prüfen, taucht man eine erhitzte Platinnadel in reines Agar, so daſs ein klein wenig von letzterem an der Nadelspitze zurückbleibt, und berührt alsdann mit der wieder erkalteten Nadel die Kultur ganz vorsichtig, wobei man Obacht gebe, dieselbe in ihrem weiteren Wachstum nicht zu unterbrechen. Das Wenige, was man auf diese Weise mit der Nadelspitze von der Kultur erhascht hat, thut man sofort auf einen sorgfältig gereinigten Objektträger und färbt darauf (nach der Laboratoriumsmethode). Auf diese Weise erhält man die Bacillen der Akne, frei von jeder sonstigen Beimischung des Komedo.

Die Ausbuchtungen vergröſsern sich in 10—14 Tagen nicht mehr als um $^1/_4$ mm. Trotzdem läſst sich dieses Wachstum schon bei schwacher Vergröſserung (80 lin.) recht hübsch verfolgen, noch besser freilich dasjenige des Hofes, der den Komedo zum gröſsten Teil umgiebt.

Ich habe dann weiter versucht, die Kulturen der Aknebacillen auf Agar zu isolieren, indem ich Agarröhrchen mit der Komedokultur inficierte. Ich habe von der letzteren etwas in die Agarröhrchen hineingebracht, indem ich mit ihnen einen Strich über das Agar zog, und habe diese Komedonen dann auf dem Agar gelassen. Auf diese Weise habe ich drei Komedokulturen auf drei Agarröhrchen gebracht. Nach 3—4 Tagen gewahrte man unter dem Mikroskop bei schwacher Vergröſserung auf dem inficierten Strich des Agar kleine vereinzelte Herde, so rund, wie die Ausbuchtungen um den Komedo, mit zackigen Rändern, hellgelb und fein granuliert. Diese kleinen Herde wuchsen mit jedem Tage und erreichten nach 10—14 Tagen einen Durchmesser von fast 0,25 mm; indessen fuhren sie in ihrem Wachstum nicht fort, wie die Ausbuchtungen.

Von den Schnitten durch Agar.

Man nimmt Stückchen von Agar mit der kleinen Komedokultur und legt sie für einige Stunden in absoluten Alkohol, alsdann in Äther und Celloidin, wofür 3—4 Stunden genügend sind. Darauf lassen sich sehr bequem Schnitte hindurchlegen, die am besten nach dem Jodverfahren gefärbt werden.

Die erste Thatsache von Belang, die uns bei diesen Präparaten auffällt, ist, daſs sie keine Spur von Kokken enthalten; haben die Komedonen in absolutem Alkohol gelegen, so gewahrt man selbst in ihrem Innern keine gefärbten Kokken. Da man die letzteren sonst immer in den Komedonen, die im frischen Zustande in Alkohol gelegt wurden, antrifft, so läſst sich dies Verhalten nur durch die Annahme erklären, daſs die Kokken entweder durch den Aufenthalt im Alkohol abgestorben sind und

sich aufgelöst haben, oder daſs sie durch das nachfolgende Verweilen auf Agar ihre Färbungsfähigkeit eingebüſst haben.

Anders verhalten sich die Flaschenbacillen. Diese nehmen im Kopf des Komedo die Farbe, wenn auch etwas ungleichmäſsig, noch an und scheinen demnach noch nicht ganz abgestorben zu sein, wie die Kokken. Im ganzen übrigen Teile des Komedo haben sich die Aknebacillen gewaltig vermehrt, so daſs der ganze Komedo nur ein groſser Herd dieser Bacillen ist. Während nun schon die zentralen Hohlräume des unkultivierten Komedo eine ungeheure Menge dieser Keime enthalten, so weisen meine Präparate der Komedokulturen charakteristische Unterschiede auf, die sich nur mit Hülfe eines abermaligen und raschen Wachstums jener Organismen erklären lassen. Da sind zuerst diejenigen Teile der Hohlräume, die sich sonst am stärksten und am deutlichsten färben, die Umgebung der Höhlungen nämlich; diese sind jetzt weiter ausgedehnt, gleichzeitig aber weniger scharf umrandet. Die groſsen Lücken aber, die ehedem in die Massen der Bacillen einschnitten, sind jetzt fast ganz verschwunden und mit einem feinen Netzwerk von Bacillen angefüllt, die die vielen ehemaligen Hohlräume miteinander verbinden und jedes leere Fleckchen in dem Komedo sich auszufüllen bemühen. Die äuſseren Lamellen ferner, die normalerweise nur wenige vereinzelte Bacillen oder höchstens einige ganz kleine Herde tragen, sind jetzt, wie die zentralen Hohlräume, von ganz groſsen Herden besetzt; diese Herde überfluten alle äuſseren Teile des Komedo und suchen seine Ränder zu überschreiten. Ja, ich konnte die Bacillen jetzt sogar zwischen den gedrängten Schichten des Komedokopfes nachweisen, während sie daselbst beim unkultivierten Komedo niemals vorkommen.

An einzelnen Stellen in der Umgebung des Komedo gewahrt man auf dem Agar 1. ein kreisförmiges Wachstum von Bacillen, die hier lineare Herde bilden; 2. halbkreisförmige Herde mit unregelmäſsigen Rändern, in denen die Bacillen in festen Massen dicht gedrängt stehen. Derartige Präparate beweisen zur Genüge, daſs der kreisförmige, hellgelbe Hof rings um den Komedo ebenso wie die Ausbuchtungen nichts anderes als Reinkulturen von Aknebacillen sind.

Die gefärbten Schnitte der vereinzelten Kulturen auf Agar liefern Präparate, in denen eine Reinkultur der Aknebacillen, frei vom Komedo, erscheinen. Wir haben hier bald mehr, bald weniger groſse Herde von Aknebacillen vor uns. Indem ich die Oberfläche des Agar Tag für Tag untersuchte, konnte ich zweimal ein langsames Wachstum einer beträchtlichen Anzahl dieser kleinen Herde beobachten; dieselben hatten alle charakteristischen Merkmale der Herde der ersten Generation im Umkreise des Komedo, die kreisförmigen, zackigen Ränder, die hellgelbe Farbe und zarte Granulation. Einmal erhielt ich unter diesen kleinen Herden der

neuen Reinkultur einen Herd, der an Gröſse alle groſsen Ausbuchtungen des Komedo weit übertraf. Alle diese Umstände schlieſsen die Möglichkeit aus, daſs die Schnitte durch Agar der zweiten Kultur nur die wenigen Bacillen zeigten, die beim Berühren des Agar mit dem kultivierten Komedo aufgetragen wurden.

In diesen Präparaten erblickt man die Bacillen dichtgedrängt, wie sie normalerweise in den zentralen Hohlräumen der Komedonen vorkommen. Man erkennt auch noch an einzelnen Herden des Aknebacillus, die durch lineare Ansammlungen des letzteren miteinander verbunden sind, den Weg, den der Komedo über das Agar genommen hat. Auf diese Weise gelang es mir zweimal, aus den Kulturen des Aknebacillus auf Agar eine zweite Kultur zu erhalten, die mikroskopisch erkennbar war, indessen ist es mir bis jetzt noch nicht geglückt, einen Nährboden ausfindig zu machen, auf dem sich der Bacillus durch eine unbegrenzte Reihe von Kulturen weiter züchten lieſse.

Ich habe jene Kulturen fünfmal angelegt, um mich über die Wirksamkeit des Verfahrens mit absolutem Alkohol zu vergewissern, und ich habe mich überzeugt, daſs die Kokken sicher getötet werden, denn jedesmal erhielt ich Reinkulturen des Aknebacillus rings um die Komedonen (erste Kultur).

Von den Flaschenbacillen (Sporen nach Malassez.)

Die zweiten, im Komedo enthaltenen Keime sind groſse Bacillen. Malassez[5] hat diese Keime zuerst entdeckt und beschrieben. Nach ihm handelt es sich dabei um Sporen eines Pilzes. Er unterscheidet zwei typische Formen: Die eine ist eiförmig, länglich mit einem kleinen Anhängsel (Extrémité), das er Knötchen (Bourgeon) nennt; die andere ist rund und nach seiner Angabe nicht so häufig, wie die erste; dennoch hat er sie in einem seiner Fälle von Pityriasis capitis vorherrschend gefunden.

Es war Unna, der die wahre Natur dieser Organismen aufgedeckt hat. (Vergl. *diese Zeitschr.*) Er hat nachgewiesen, daſs es sich hier um Bacillen handle, die anschwellen und alle möglichen unregelmäſsigen Formen annehmen. Die häufigste und auffälligste unter ihnen ist die Flaschenform. Unna nennt diesen Keim deshalb auch den Flaschenbacillus; er hat denselben auch im Schorf und den Schuppen von Eczema seborrhoicum der behaarten Kopfhaut und des übrigen Körpers gefunden. Sämtliche Formen dieses Bacillus lassen sich nach dem von Unna modificierten Jodverfahren am besten beobachten; sie sind recht unregelmäſsig und finden sich nicht alle an der nämlichen Stelle. Vielmehr

[5] Ich habe die Malassezsche Darstellung der Abhandlung von Chincholle über die *Pityriasis capitis* (1874) entnommen.

pflegt die eine Form wohl in einem Falle vorzuherrschen, um in einem anderen ganz zu fehlen. Man unterscheidet zwei Arten von Flaschenbacillen: in der einen erscheinen sie als Stäbchen, in der anderen als rundliche Gebilde. In dem ersten Falle haben wir kleine, mittelgroſse, groſse und gröſste Stäbchen, sämtlich von unregelmäſsiger Form und keines dem anderen gleichend, so daſs ihre Beschreibung nicht leicht ist. Bei der zweiten Art, den rundlichen Gebilden, bestehen einmal zwei typische, fast regelmäſsige Formen, auſserdem aber auch einige unregelmäſsige. Die erstere typische Form entspricht der Flaschenform Unnas; hier erscheinen die Keime bald gefüllt, bald leer, d. h. ganz, teilweise oder gar nicht gefärbt, so daſs nur die Umrisse sichtbar sind. Diese Form ist die häufigste und auffälligste (die charakteristische) im Komedo, an der man die Art der Keime sofort erkennen kann. Die andere typische Form ist die kugelige (sie entspricht der zweiten Sporenform von Malassez, welche er zu derselben Art von Organismen rechnen möchte). Es unterliegt dies für mich gar keinem Zweifel mehr, denn es wird durch die weiter unten zu beschreibenden Kulturen dieses Organismus bewiesen. Diese Hohlkugeln sind bald klein, bald groſs, teilweise oder ganz gefärbt, oder auch ganz blaſs. Sie finden sich häufig mit den Organismen der ersten Form vermischt und bilden dann Gruppen, in denen das Verhältnis beider zu einander ein sehr schwankendes ist; man trifft aber auch hin und wieder auf Fälle, wo die kugelige Form allein vorhanden ist. Niemals aber bin ich auf ein Präparat gestoſsen, das nicht wenigstens einige leicht erkennbare Exemplare der einen oder der anderen Form enthalten hätte. Ich habe daher für alle diese typischen Formen eine, allerdings etwas langatmige Bezeichnung gewählt; ich nenne sie Flaschen-Kugel-Bacillen (Bacilles à Flacons-Ballons). Unter den geschwollenen, unregelmäſsigen Formen kommen einzelne vor, die konisch sind, andere wieder bestehen aus zwei kugeligen, übereinanderliegenden Gebilden, die häufiger von ungleicher, als von gleicher Gröſse sind u. s. w.

Die Gröſse der Flaschenbacillen ist eine recht schwankende; die kleinsten Stäbchen erscheinen nur als Punkte oder Körner, die eine Länge von 0,5 μ und eine Breite von 0,2 μ besitzen; bei den mittleren sind diese Zahlen 1 μ, bezw. 0,4 μ und bei den gröſsten 1,5 μ und 0,6 μ. Die „Flaschen" messen 2—3,5 μ in der Länge und 1—2 μ in der Breite. Die kleinsten Hohlkugeln haben einen Durchmesser von 1 μ, die gröſsten von 2,5 μ.

Vom Wachstum der Flaschenbacillen.

Das Wachstum dieser Keime geht in folgender Weise vor sich: die kleinen Stäbchen wachsen zu groſsen und gröſsten Stäbchen aus; letztere schwellen alsdann teilweise oder in ihrem ganzen Umfange an. Im ersteren Falle ist die Form der Anschwellung eine kugelige, eiförmige,

ellipsoide u. s. w., während das eine Ende des Stäbchens seine ursprüngliche Gestalt behält. Doch kann dieses auch für sich anschwellen und bildet dann eine ganz kleine Kugel, die auf einer viel gröfseren aufsitzt. In beiden Fällen aber haben die Organismen die Form mittelgrofser, stark gefärbter Flaschen. Indem sie dann aber noch weiter schwellen und anfangen zu zerfallen, verlieren sie ihre Tingibilität zum Teil wieder, bis sie im letzten Stadium ihrer Entwickelung als sehr grofse Flaschen wieder völlig farblos sind, so dafs man nur noch ihre Umrisse erkennen kann. Bisweilen schwellen beide Teile der Bacillen an und bilden zwei Kugeln von fast gleicher Gröfse, wo die eine auf der anderen aufsitzt, wie das bereits erwähnt wurde. Im zweiten Fall schwellen die kleinen und grofsen Stäbchen völlig an und erhalten das Aussehen kleiner oder grofser, stark gefärbter Hohlkugeln, die dann wieder einsinken und ihre Tingibilität teilweise einbüfsen, bis sie schliefslich ganz farblos werden und nur ihre Ränder noch sichtbar bleiben.

Die unregelmäfsigen Zwischenformen entstehen durch ein ungleichmäfsiges Anschwellen der Stäbchen. Es giebt konische und eiförmige Stäbchen, die sich bald mehr, bald weniger der Flaschen- oder Kugelform nähern, ohne indessen diese typischen Formen ganz zu erreichen.

Nicht immer erreichen die Bacillen den äufsersten Grad der Flaschen- oder Kugelgestalt, bevor sie wieder einsinken; letzteres hat auch zuweilen schon im ersten Stadium ihrer Schwellung statt, wo sie erst ganz kleinen Flaschen oder Kugeln ähneln.

Auffallend ist nun, dafs in dem Haufen der fast ganz entfärbten Flaschen und Kugeln ein oder mehrere Körnerstreifen an ihrem Rande (Granulationen) bestehen bleiben, die nicht verschwinden, die in den stark gefärbten Präparaten wie Sterne glänzen und einen starken Gegensatz zu dem übrigen Körper des Bacillus bilden. Das Wachstum dieser Organismen ist ein anderes in den natürlichen Kulturen (Komedonen), ein anderes in den künstlichen (auf Agar). In den Komedonen halten sie sich länger und machen die verschiedenen Abschnitte ihrer Entwickelung langsamer durch. Man gewahrt verhältnismäfsig viel mehr stark gefärbte Flaschen oder Hohlkugeln als solche, die teilweise oder ganz entfärbt sind, wobei denn gleichzeitig verhältnismäfsig nur sehr wenige stark gefärbte Stäbchen und Körner vorhanden sind. In den natürlichen Kulturen finden diese geschwollenen Formen einen günstigen Boden. Hier stöfst man oft auf Fälle, wo nur *eine* der Formen dieser Bacillen vorherrscht und fast allein vorhanden ist.

In den künstlichen Kulturen kommt es zu einer schnellen Entwickelung, die der eben geschilderten völlig entgegengesetzt ist (vergl. weiter unten). Hier leben die Pilze nicht lange, sondern machen die verschiedenen Abschnitte ihrer Entwickelung sehr rasch durch. Ver-

hältnismäfsig trifft man hier in viel gröfserer Menge solche Flaschen und Hohlkugeln, die ihre Farbe ganz oder teilweise eingebüfst haben, als solche, die noch vollkommen gefärbt sind. Die geschwollenen Formen finden desgleichen auf Agar keinen günstigen Boden für ihre Erhaltung. Man trifft hier die Pilze in allen Abschnitten ihres Wachstums; besonders stark vertreten sind farblose Flaschen und Kugeln mit stark gefärbten Granulationen an ihrem Rande, aufserdem auch kleine Stäbchen.

Es lassen sich nun in Bezug auf die Vermehrung der Flaschen-Kugel-Bacillen drei Hypothesen aufstellen:

1. Bei den Flaschen und Kugeln handelt es sich vielleicht um Sporen, aus denen sich die Bacillen entwickeln. Diese Vermutung würde annehmbar erscheinen, wenn wir im Innern der Flaschen und Kugeln auf Bacillen träfen, wenn wir sähen, wie die ersteren platzen, um den letzteren Austritt zu gewähren, und wenn wir schliefslich im Gesichtsfelde auf Bacillen im Augenblick ihres Austrittes stiefsen, wo sie also nur noch mit einem Teile ihres Körpers innerhalb der sogenannten Sporen stecken. Indessen in mehr als 150 Präparaten dieser Bacillen, in künstlichen und natürlichen Kulturen, habe ich nichts Derartiges gefunden.

2. Die Vermehrung kann durch Teilung der Bacillen vor sich gehen. Nun habe ich gefunden, dafs in den natürlichen Kulturen, in denen die stark gefärbten Flaschen und Kugeln vorherrschen, die Bacillen nur in verhältnismäfsig geringer Menge vorhanden sind. Ich kann diese Annahme nicht ganz von der Hand weisen, aber einen bestimmten Beweis für dieselbe habe ich weder in den natürlichen, noch in den künstlichen Kulturen getroffen. Mir erscheint daher die dritte Hypothese als die annehmbarste:

3. Die stark gefärbten Körner am Rande der Flaschen und Hohlkugeln, die wahrscheinlich von der Zusammenziehung des gesamten lebenden Protoplasmas an jenen Punkten herrühren, werden nach dem Einsinken und der völligen Entfärbung der Pilze frei und wachsen nun ihrerseits und machen den ganzen, schon geschilderten Entwickelungsgang der Bacillen durch. Was mich für diese Hypothese besonders einnimmt, ist der Umstand, dafs sich in den künstlichen Kulturen, wie ja bereits erwähnt wurde, eine grofse Menge stark gefärbter Körner teils am Rande der Bacillen, teils ganz frei finden, die aber doch noch einen Teil des ganz entfärbten Bacillenrandes ausmachen, aufserdem noch eine beträchtliche Zahl kleiner Stäbchen. In den natürlichen Kulturen dagegen, wo noch grofse Mengen stark gefärbter Flaschen und Hohlkugeln vorkommen, finden sich verhältnismäfsig nur wenige Körner und Stäbchen. Ich fasse meine Ansicht also dahin zusammen: 1. In den natürlichen Kulturen leben die geschwollenen Formen der Bacillen länger und verhelfen nur wenigen Körnern und Bacillen zum Dasein. 2. In den künstlichen

Kulturen, wo die nämlichen Formen schnell zu Grunde gehen, bilden sich infolgedessen Körner und Bacillen in grofser Menge.

Diese Organismen kommen regelmäfsig in den Komedonen der echten Akne vor; ihre Verteilung ist immer die nämliche. Fast immer sitzen sie im Kopf, in den äufseren und inneren Lamellen, und bilden daselbst grofse Haufen. Oft sind sie an den genannten Stellen zwischen den einzelnen Hornblättern auch in so grofsen Massen angehäuft, dafs sie dieselben trennen. Niemals habe ich in meinen Präparaten beobachten können, dafs sie sich mit den kleinen Bacillen der Akne im Grunde oder in den inneren Hohlräumen vermischten. Die Flaschen-Kugel-Bacillen lagern oberflächlich im Verhältnis zu den Aknebacillen und bilden um diese im allgemeinen einen Kranz.

Bei meinen 20 Komedonen echter Akne lagern diese Pilze, wie die folgende Tabelle es zeigt, immer in der gleichen Anordnung. In den Komedonen der Pseudo-Akne sind sie ebenfalls vorhanden, im Kopf sowohl, wie in den äufseren Schichten, in Gesellschaft von Kokken, häufiger aber kommen sie hier allein vor, finden einen Nährboden, der frei von anderen Keimen ist, vermehren sich hier im Innern und füllen die ganzen Komedonen mit ungeheuren Massen aus.

Zahl der Flaschen-Kugel-Bacillen in den Komedonen der echten Akne.

No.	Kopf	Äufsere Lamellen	Innere Lamellen	Grund und innere Höhlen	Bemerkungen
1	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	
2	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	0	
3	Grofse Anzahl	Mäfsig	Kleine Anzahl	0	
4	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	
5	Sehr grofse Anzahl	Mäfsig	0	0	
6	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	0	
7	0	Mäfsig	0	0	
8	Grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Kleine Anzahl	0	
9	Grofse Anzahl	0	0	0	
10	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	
11	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	

No.	Kopf	Äufsere Lamellen	Innere Lamellen	Grund und innere Höhlen	Bemerkungen
12	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	
13	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	Kleine Anzahl	0	
14	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	
15	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	
16	Sehr grofse Anzahl	Sehr grofse Anzahl	Grofse Anzahl	0	
17	0	0	0	0	Sehr kleiner, kaum wahrnehmbarer Komedo, der nur die kleinen Aknebacillen in geringer Menge im Zentrum enthält.
18	Grofse Anzahl	Grofse Anzahl	Kleine Anzahl	0	
19	Mäfsige Anzahl	0	0	0	
20	Grofse Anzahl	Mäfsige Anzahl	0	0	

Eine Tabelle von den vier Fällen von Komedonen erscheint überflüssig; es genügt zu bemerken, dafs die Flaschen-Kugel-Bacillen in zwei Fällen gemeinsam mit den Kokken im Kopf und den äufseren Schichten vorkamen, während die Kokken in den beiden anderen Fällen fehlten und die Flaschen-Kugel-Bacillen die äufseren und die zentralen Schichten vollständig ausfüllten.

Aus vorstehender Tabelle ist ersichtlich, dafs die Flaschen-Kugel-Bacillen nicht die Ursache der Akne abgeben können, denn sie finden sich nicht nur immer in den oberflächlichen Schichten der Aknekomedonen, sondern bemerkenswerterweise auch in den Komedonen der Pseudoakne. Desgleichen finden sie sich in grofser Menge bei der Pityriasis capitis (Malassez) in den Schuppen und Krusten des Eczema seborrhoicum (Unna), und wenn man von der Haut einer fettigen Stirn, die aber keine Spuren von Akne aufweist, etwas herunterkratzt, auf einem Objektträger färbt und untersucht, so findet man auch hier vereinzelte dieser Bacillen. Sie leben demnach in saprophytischem Zustande in den oberflächlichen Schichten der Komedonen.

Von der Züchtung der Flaschenbacillen.

Der Erste, der die Flaschenbacillen in Reinkultur darstellte, war UNNA; und vor kurzer Zeit gelang dies auch einem seiner Schüler, Herrn Dr. ENGMAN, in seinem Laboratorium mit dem gewöhnlichen Plattenverfahren. Beide Male bildeten sich rings um die Komedonen kleine Kreise von 1—2 mm Ausdehnung, von weifser Farbe, die aber nicht so hell war, wie die Farbe der weifsen Staphylokokken, und nicht so undurchsichtig, wie die Kulturen der weifsen Hefearten. (Mündliche Mitteilung der Herren UNNA und ENGMAN.) Von diesen Kulturen liefs sich immer eine zweite Kultur in Röhren mit Agar gewinnen, sie liefsen sich aber niemals lange aufbewahren, da das Agar kein günstiger Nährboden für sie ist. Trotz dieses verhältnismäfsig nur geringfügigen Erfolges liefs sich doch mit Bestimmtheit feststellen, dafs die jungen Reinkulturen nur wirkliche Bacillen, die sich anschickten, in Flaschenform überzugehen, enthielten. UNNA gab ihnen deshalb den zutreffenderen Namen Flaschenbacillen anstatt der älteren, von MALASSEZ herrührenden Bezeichnung als Sporen. In den Präparaten dieser Reinkulturen die mir von den genannten Herren gütigst zur Verfügung gestellt wurden, fand ich denn auch nichts anderes, als in den von mir selber angefertigten Präparaten.

Auch ich habe zweimal, mit dem gewöhnlichen Verfahren und mit der Alkoholmethode, zwei kleine Reinkulturen dieser Organismen von dem vorhin beschriebenen Aussehen erhalten, aber mir wollte die Darstellung einer zweiten Kultur auf Agar nicht gelingen. Die Darstellung des mikroskopischen Verhaltens dieser Kulturen im Gegensatz zu den natürlichen Kulturen, die man auch recht häufig in den Komedonen antrifft, wurde bereits oben gegeben.

Von den Kokken.

Die dritte Art von Organismen, die oberflächlichsten der Aknekomedonen, sind die Kokken. Dieselben haben die Form schöner runder Körner, die mittlere Kokkengröfse im allgemeinen und sind sich fast alle gleich. Sie kommen teils in eiförmigen, teils in mehr oder weniger gleichmäfsig abgerundeten Haufen vor, teils stöfst man auf ganz vereinzelte und verstreute Exemplare. In den eiförmigen Haufen sind die einzelnen Kokken durch kleine, gleichmäfsige Zwischenräume voneinander getrennt, wodurch ein Bild von auffallender Regelmäfsigkeit entsteht. Sie besitzen nicht die Maulbeerform der UNNAschen Morococci in den Schnitten des Eczema seborrhoicum mit ihren, eine auffallend wechselnde Gröfse aufweisenden Körnern und ihren riesenhaften, so charakteristischen Kokken.[6] Ebensowenig gleichen sie den Staphylokokken,

[6] Weiter oben war davon die Rede, dafs in den Komedonen kleine, stark gefärbte Hohlkugeln vorkommen. Dieselben gehören aber zu den Flaschen-Kugel-Bacillen und dürfen mit den grofsen Kokken nicht verwechselt werden.

denn diese haben etwas eiförmige Körner und ordnen sich meistens traubenförmig an; aufserdem unterscheiden sie sich auch durch ihre Kulturen auf Gelatine, wie das weiter unten noch gezeigt werden soll. Unsere Kokken haben vielmehr eine besondere Form. Ihr Durchmesser schwankt zwischen 0,3—0,5 μ.

Man trifft diese Kokken häufig in den Aknekomedonen, bisweilen aber fehlen sie auch. Ihre Lage ist fast immer die nämliche, im Kopf und in den äufseren Lamellen, woselbst sie gemeinsam mit ihren unzertrennlichen Begleitern, den Flaschen-Kugel-Bacillen, wachsen und Gruppen mit ihnen eingehen. Jedoch sind sie in den Komedonen oberflächlicher als diese grofsen Bacillen gelagert; letztere finden sich auch, wie ich das schon gesagt habe, tiefer in den inneren Lamellen. Weder in den zentralen Höhlen noch im Grunde kommen sie jemals mit den kleinen Bacillen zusammen vor.

Bei meinen 20 Fällen von Aknekomedonen haben diese Keime bisweilen gefehlt; wo sie aber vorhanden waren, traf ich sie immer in den oben angegebenen Lagen, wie das aus folgender Tabelle hervorgeht:

Zahl der Kokken in den Aknekomedonen.

No.	Kopf	Äufsere Lamellen	Innere Hohlräume und Grund	Bemerkungen
1	Viele	Viele	0	
2	0	0	0	
3	Sehr viele	Sehr viele	0	
4	0	0	0	
5	0	Sehr viele	0	
6	Sehr viele	Sehr viele	0	
7	Sehr viele	Sehr viele	0	
8	Viele	Viele	0	
9	Wenige	Viele	0	
10	Sehr viele	Sehr viele	0	
11	Sehr viele	Sehr viele	0	
12	0	Viele	0	
13	0	0	0	
14	Viele	Sehr viele	0	

No.	Kopf	Äufsere Lamellen.	Innere Hohlräume und Grund	Bemerkungen
15	Mäfsig Viele	Viele	0	
16	0	Viele	0	
17	0	0	0	Ganz kleiner, kaum wahrnehmbarer Komedo, der nur die kleinen Aknebacillen in seinem Innern enthält
18	0	Viele	0	
19	0	0	0	
20	0	0	0	

Für die vier Fälle von Komedonen der Pseudoakne eine besondere Tabelle aufzustellen, ist überflüssig; es genügt die Bemerkung, dafs die Kokken in zwei Fällen im Kopfe und den äufseren Schichten der Komedonen vorhanden waren, während sie in den beiden anderen Fällen gänzlich fehlten.

Die letzte Tabelle zeigt, dafs auch die Kokken bei der Ätiologie der Akne keine Rolle spielen können, denn weder bei den Komedonen der echten, noch bei denen der Pseudoakne kommen sie regelmäfsig vor, und wo sie vorhanden sind, nehmen sie von allen Pilzen die oberflächlichste Lage ein.

Von den Kulturen der Kokken.

Eine Kokkenkultur erhält man leicht, indem man den ausgeprefsten Komedo unmittelbar auf Agar verpflanzt. Nach 24—36 Stunden bildet sich um den Komedo ein unregelmäfsiger Kreis von weifsen, milchfarbenen Punkten, die bald zusammenfliefsen, bald getrennt bleiben und sich von Tag zu Tag konzentrisch ausdehnen. Untersucht man einen solchen Punkt auf einem Objektträger, so findet man in ihm die Komedonenkokken. Denn wohl an 20 Mal habe ich unter denselben Bedingungen Kulturen von Komedonen angelegt, und immer erhielt ich nur das eine Bild. Auf Schnitten, die gleichzeitig durch die Agarkultur und den Komedo geführt sind, sieht man die Entwickelung der Kokken immer nur in den äufsersten Schichten des Komedo und auf der ihm benachbarten Agarfläche. Auf diesen Präparaten gewahrt man das Wachstum und die Ausdehnung der Kokken auf Agar, wobei sie die nämliche Form schöner, runder, fast gleich grofser Körner von mittlerer Kokkengröfse behalten; sie bilden dabei gleichfalls mehr oder minder kreisförmige Haufen, oder sind als Monokokken,

einzeln über das Gesichtsfeld zerstreut. Auch bei fleifsiger Untersuchung mehrerer Kulturen zeigten sich immer nur die nämlichen Bilder. Von den Staphylokokken unterscheiden sie sich durch den Gelatinestich, indem die Komedokokken die Gelatine bei Zimmertemperatur nicht verflüssigen und im Stichkanal nicht wachsen. Sie können nämlich ohne Sauerstoff nicht leben, wie sie auch im Komedo ganz oberflächlich liegen; in diesem Punkte gleichen sie viel mehr den Morokokken, als den Staphylokokken. Zwischen den Kulturen der Morokokken und der Komedokokken auf Agar besteht der Unterschied, dafs die kleinen Tröpfchen der ersteren durchscheinend, leuchtend und kaum weifslich, wie stark verdünnte Milch, sind; die Tröpfchen der Komedokokken dagegen sind weifser und erhaben, gehen aber nie so ins Gelbliche über wie die Staphylokokken. Mikroskopisch bestehen freilich zwischen den Kulturen dieser Pilze noch viel gröfsere Unterschiede: in den nicht mehr ganz jungen Kulturen der Morokokken fällt eine bedeutende Ungleichheit der einzelnen Individuen untereinander auf; aufserdem finden sich Riesenkokken, die aus Vervielfältigung ohne nachherige Trennung entstanden sind — eine Form, die bei den Komedokokken gänzlich fehlt.

Schlufsbetrachtung.

1. Das Wort Akne mufs für die Bezeichnung der echten Akne aufbewahrt bleiben (wie ich sie als häufige Krankheit eingangs dieser Arbeit beschrieben habe) und darf nicht auf andere follikuläre Hautleiden, noch viel weniger auf jede beliebige Pustel der Haut angewandt werden.

2. Diese bestimmte Akne ist unter anderem an Komedonen erkenntlich, die stets eine Flora von Pilzen beherbergen; diese Flora ist fast immer die nämliche, so dafs die blofse Untersuchung der Mitesser genügt, um sich über die Diagnose der Akne zu vergewissern.

3. Diejenigen Mitesser, die man bei anderen Dermatosen trifft, (Eczema seborrhoicum, Narben, Lichen pilaris, sonstige vereinzelte Komedonen) weisen nicht die nämlichen Pilze in den nämlichen Lagen auf und lassen sich an diesem Merkmal leicht als Formen von Pseudoakne erkennen.

4. Ein bestimmter Pilz fehlt in den Komedonen der echten Akne niemals; es ist dies ein kleiner, von Unna (vergl. dessen Histopathologie) beschriebener Bacillus, den aber auch ich, unabhängig von Unna, ermittelt habe. Unna giebt die histologische Beschreibung nach Schnitten durch die Akne, ich liefere die mikroskopische Schilderung der Komedonen, sowie den bakteriellen Befund der von mir angelegten Komedokulturen.

5. Dieser Bacillus, auf dessen Vorhandensein die Komedonen von 20 Patienten systematisch untersucht wurden, wurde regelmäfsig in allen

diesen Fällen und immer unter den nämlichen Bedingungen gefunden, so daſs wir in ihm mit höchster Wahrscheinlichkeit die Ursache der Akne besitzen.

6. Dieser Keim nimmt im Komedo immer den Grund und die zentralen Hohlräume, niemals den Kopf ein und dringt nur in den sehr reifen (développé) Komedonen bis zu den äuſseren Lamellen vor.

7. Auſserdem kommen in dem Komedo der echten Akne noch vor: a) groſse Bacillen (die Flaschenbacillen UNNAS, die Sporen MALASSEZ'; die Flaschen-Kugel-Bacillen MENAHEM HODARAS); b) eine Art Kokken. Beide Formen finden sich nicht ganz regelmäſsig, halten sich im Kopf auf und dringen bald mehr, bald weniger tief in die äuſseren Lamellen ein, die Flaschen-Kugel-Bacillen tiefer, als die Kokken. Im Grunde und in den inneren Hohlräumen der Komedonen der echten Akne trifft man sie nie. Diese Keime führen nur in den Komedonen der echten Akne ein sekundäres, saprophytisches Dasein.

8. In den Komedonen von Pseudoakne fehlen die kleinen Bacillen gänzlich, während die groſsen Bacillen und die Kokken häufig, aber nicht regelmäſsig vorkommen, auch sich durch keine regelmäſsige Verteilung auszeichnen.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Erklärung der Tafel V.

Fig. 1. Aknekomedo. Übersicht der drei Organismen.
„ *2.* Natürliche Reinkultur der Aknebacillen.
„ *3.* Künstliche Reinkultur der Aknebacillen.
„ *4.* Natürliche Reinkultur der Flaschen-Kugel-Bacillen.
„ *5.* Künstliche Reinkultur der Flaschen-Kugel-Bacillen.
„ *6.* Natürliche Reinkultur der Komedo-Kokken.
„ *7.* Künstliche Reinkultur der Komedo-Kokken.

Zur Frühbehandlung der Gonorrhoe.

Vortrag, gehalten auf dem IV. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (Breslau, 14.—16. Mai 1894).

Von

Dr. von Sehlen-Hannover.

Meine Herren! Die Zeit liegt noch nicht lange hinter uns, und die Mehrzahl der Anwesenden hat sie wohl selbst miterlebt, um nicht zu sagen miterlitten, in welcher die sog. exspektative Behandlung der Gonorrhoe an der Tagesordnung war. Kaum auf einem anderen Gebiete unserer Wissenschaft tritt der Unterschied so klar zu Tage, welchen die theoretische Auffassung der Krankheit auf deren Behandlung ausübt. Seit wir den Gonococcus Neisser als Erreger des Trippers kennen gelernt haben, brauchen wir nicht mehr die Hände in den Schoſs zu legen und die Dinge gehen zu lassen — wie's Gott gefällt, um mit Goethe zu reden —, sondern an die Stelle thatenlosen Zusehens ist jetzt der zielbewuſste Kampf gegen den Erreger der Krankheit getreten. Sie erlassen mir wohl, an dieser Stelle des weiteren darauf einzugehen, in welcher Weise sich die Änderung unserer Anschauungen vollzogen hat; unsere Gesellschaft darf ja das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, in ganz hervorragender Weise werkthätig daran mitgearbeitet zu haben.

Ich will Ihnen im folgenden nur die Resultate meiner seit zwei Jahren speziell auf die Frühbehandlung der Gonorrhoe gerichteten ärztlichen Bestrebungen vorführen und die von mir angewandte Methode dabei kurz erläutern. Ich bemerke dazu, daſs meine ersten Versuche, den Tripper gleich im Beginne zu coupieren, sobald seine Natur durch den Befund der Gonokokken sicher gestellt ist, schon vom Jahre 1886 datieren. Ich habe damals in Berlin einige eklatante Erfolge einer schnellen und energischen Therapie erreicht, die ich damals nur gelegentlich einleiten konnte, seither aber, durch die guten Erfolge ermutigt, immer zielbewuſster fortgesetzt habe.

In vorliegender Tabelle habe ich eine Anzahl von Fällen aus meiner Praxis zusammengestellt, die ich zur Grundlage der weiteren Erörterungen nehme. Sie finden dort in graphischer Darstellung zwanzig ausgewählte Fälle von gonorrhoischen Entzündungen der männlichen Urethra wiedergegeben, die frisch zur Behandlung kamen und in den letzten beiden Jahren einer bestimmten Methode von mir unterzogen wurden. Ich brauche kaum zu erwähnen, daſs der positive Befund von Gonokokken

No.	Zeit nach der Infektion vor der Behandlung	Fall	Dauer der Behandlung bis zum Verschwinden der Gonokokken	Bemerkungen
1		C. III 130		Nach zwei Monaten Recidiv von der anfangs inficierten Uxor.
2		Sch. III 146		Nie wieder Gonokokken nachzuweisen.
3		St. III 151		Zwei Tage später von Dr. TOUTON keine Gonokokken.
4		M. III 131		Später keine Gonokokken mehr zu finden.
5		M. III 23		2% Argentum-Injektion.
6		J. III 10		Nach 30 Tagen Recidiv durch Trichlor.
7		J. IV 37		1‰ Spülung 0,5% Arg.-Inj.
8		W. III 120		Pat. heirat. 9 Tage post. infect.
9		W. III 26		Sehr schmerzhaft, blutige Sekretion.
10		S. IV 26		Anfangs nur Wasserspülung.
11		Sch. IV 14		War 19ter Tripper d. Pat. 0,5% Arg.-Injekt.
12		M. IV 18		Zuerst 7 Tage post infect. Sekret bemerkt. Am 3. T. d. B. noch Degenerationsform. Gk.
13		Fr. IV 24		Recidiv nach 14 Tagen.
14		Sch. IV 68		Recidiv nach 3 Wochen. Radfahren.
15		H. III 135		Dauernd frei von Gonokokken.
16		M. IV 5		Recidiv nach 4 Wochen. Coit.!
17		v. K. IV 43		Gonokokken mit mäfsigem Sekret auf ant. bechr.
18		M. III 126		In letzten Tagen Degenerationsformen Gonokokken.
19		W. IV 33		Gonokokken im Urinfaden ohne Sekretion.
20		K. III 18		Dauernd frei von Gonokokken.

in jedem einzelnen Falle nicht nur einmal erhoben wurde, sondern dafs eine regelmäfsige Kontrolle daraufhin täglich vorgenommen und längere Zeit nach dem Verschwinden der Gonokokken aus dem Sekrete fortgesetzt wurde. Der miskroskopische Nachweis derselben bildet in allen Fällen die durchaus zuverlässige Grundlage für die Behandlung, wie auch für die Folgerungen, welche ich aus meinen Ergebnissen ziehen werde.

Sie sehen in der Tabelle die Tage, an welchen sich Gonokokken vorfanden, schwarz markiert, und zwar giebt die erste Rubrik der schwarzen Felder die Zahl der Tage an, welche seit der Infektion bis zum Beginne der Behandlung verstrichen waren (Infektionsdauer), während die zweite Kolumme die Tage wiedergiebt, an denen nach der Behandlung noch Gonokokken vorhanden waren.

Die Fälle sind von oben nach unten in der Reihenfolge geordnet, wie sie früher oder später nach dem genau festgestellten Termin der Ansteckung zur ärztlichen Beobachtung kamen.

Auf den ersten Blick wird Ihnen auffallen, wie die Gonokokkentage nach der Behandlung in der gleichen Reihenfolge von oben nach unten zunehmen, d. h. dafs im allgemeinen die Dauer der Erkrankung eine um so längere ist, je später nach der Infektion der Patient in die Behandlung trat.

Ich habe die Reihe der Fälle nun in verschiedene Gruppen eingeteilt, von denen die erste acht Nummern umfafst, bei welchen die Behandlung vom dritten bis fünften Tage nach der Infection begann. Gonokokken wurden in den fünf ersten Fällen nach der Behandlung überhaupt nicht mehr gefunden, oder mit anderen Worten: der Tripper war an **einem** Tage geheilt. Selbstverständlich wurde die Untersuchung auf Gonokokken trotzdem noch regelmäfsig fortgesetzt, solange überhaupt eine Absonderung aus der Harnröhre stattfand.

In einem Falle vom vierten und einem vom fünften Tage post infectionem waren am zweiten Tage noch Gonokokken vorhanden; während sie im letzterem dann dauernd fortblieben, stellten sie sich im ersteren nach einer scharfen 30 %igen Trichlorätzung nach 30 Tagen nochmals vorübergehend ein, um dann für immer zu verschwinden.

Die Tabelle umfafst einen Zeitraum von 30 Tagen, und Sie finden das Recidiv in diesem Falle durch die schwarzen Felder am Ende der Linie angegeben.

Der letzte Fall der Gruppe I ist dadurch noch besonders von Interesse, dafs er einen Heiratskandidaten betraf, der sich kurz vor der Hochzeit noch einen Tripper acquirierte, denselben erst am fünften Tage nach der Ansteckung bemerkte, und der nun mit der Bitte zu mir kam, ihm unter allen Umständen von seinem Leiden zu befreien. Sie ersehen aus der Tabelle, dafs das nach sechstägigem Bemühen auch glücklich

gelungen ist. Der Patient hat neun Tage nach erfolgter Ansteckung geheiratet, drei Tage, nachdem die Gonokokken aus dem Sekret verschwunden waren. Ich habe ihn auch später wiederholt untersucht und niemals Gonokokken oder klinische Symptome einer gonorrhoischen Erkrankung nachweisen können. Die Frau ist nach der Aussage des Ehemannes vollkommen gesund geblieben.

Die zweite Gruppe umfaſst nur zwei Parellelfälle mit einer Infektionsdauer (wenn ich die Zeit nach der Infektion bis zum Beginne der Behandlung hier kurz so bezeichnen darf) von sechs Tagen. Der erstere dieser Fälle wurde der von mir modificierten Frühbehandlung unterzogen und war sechs Tage darauf dauernd geheilt. Bei dem zweiten wurde anfänglich nur das gewöhnliche Tripperverfahren eingeleitet, seine Erkrankung dauerte einen vollen Monat. Dieser Versuch war anfangs durchaus zufällig angestellt, weil durch ein Versehen von dritter Seite bei der Herstellung der verordneten schwachen Silberlösung anstatt des destillierten Wassers Brunnenwasser verwandt worden war. Die nach der Ausfällung des Silbersalzes vollkommen klare Lösung war von mir im guten Glauben als Silberlösung benutzt worden, während sich erst nach einigen Tagen der Irrtum durch ein zufälliges Aufrühren des Bodensatzes herausstellte. Übrigens waren in diesem Falle sowohl die üblichen Einspritzungen einer Resorcinlösung vom Patienten selbst regelmäſsig vorgenommen, als auch Santalöl in gröſseren Dosen per os eingeführt worden. Der Fall ist deshalb sehr geeignet, als Vergleich die Wirksamkeit meines Verfahrens klarzulegen, zumal irgendwelche Komplikationen von seiten des Pars posterior etc. auch hier nicht vorhanden waren. Der Patient hatte allerdings einen ungewöhnlich engen Urethraleingang, durch den 18 Charrière nur schwer passierte.

Die dritte Gruppe der Tabelle umfaſst sechs Fälle von sit-venia verbo achttägiger Infektionsdauer; dieselben heilten unter der Behandlung in drei bis sechs Tagen. Allerdings stellten sich in dreien dieser Fälle nach vierzehn Tagen bis vier Wochen leichte Recidive infolge stärkerer Reizungen, z. B. durch forciertes Radfahren oder Ausübung des Coitus, ein. Die Gonokokken verschwanden aber auf erneute Silberbehandlung, schon nach kurzer Zeit von zwei bis drei Tagen, dauernd.

In verschiedenen dieser Fälle konstatierte ich eine eigentümliche Veränderung der Gonokokken, welche ich seither mehrfach unter der Behandlung beobachtet habe. Die einzelnen Individuen eines in einer Eiterzelle eingeschlossenen Gonokokkenhaufens erscheinen nicht mehr so schön gleichmäſsig ausgebildet, wie im gewohnten Bilde des Trippereiters. Neben gröſseren, wie geschwollenen Formen, die etwa das Doppelte des gewöhnlichen Umfanges erreichen, finden sich kleinere, wie geschrumpfte Formen, die auf die Hälfte der sonstigen Gröſse und darunter zurück-

gehen. Daneben sind deutliche Verschiedenheiten in der Intensität der Färbung erkennbar, die mit Karbolmethylenblau mitunter nur die Andeutung einer schattenhaften Kontur von der Form eines Genococcus darstellt. Alle diese Veränderungen fasse ich als Degenerationserscheinungen der Gonokokken auf, die durch eine Verminderung der Wachstumsenergie zu deuten sein dürften, welche unter dem Einflusse des Medikamentes entsteht. Den so veränderten Gonokokken scheint aber noch eine, wenn auch verringerte, Virulenz eigen zu sein, weil Recidive auch dann noch auftreten können, wenn scheinbar alle Gonokokken aus dem Sekrete verschwunden sind. Man muſs daraus wohl den Schluſs ziehen, daſs die Pilze, wenn auch mit abgeschwächter Energie, doch noch längere Zeit hindurch lebensfähig bleiben, um bei geeignetem Anlaſs von neuem eine Vermehrung zu erfahren.

Für die Praxis folgt daraus die Lehre, mit der Behandlung nicht zu früh aufzuhören, selbst wenn keine Gonokokken mehr nachweisbar sind, und jedenfalls den Patienten längere Zeit unter Beobachtung zu halten mit der Anweisung, bei jeder verdächtigen Erscheinung sich sofort wieder zur Untersuchung vorzustellen.

Die vierte und letzte Gruppe meiner Tabelle umfaſst vier Fälle mit einer Infektionsdauer von 10 bis 14 Tagen. In keinem dieser Fälle ist es mir gelungen, eine Heilung vor Ablauf von zwei Wochen (16 bis 30 Tagen) zu erzielen. Aber auch in diesen Fällen wurde erreicht, daſs der Verlauf ein ungewöhnlich milder war, und daſs die Infektion auf den vorderen Teil der Harnröhre beschränkt blieb. Für die Vermeidung aller schweren Komplikationen gewiſs ein äuſserst wertvolles Resultat, das die Anforderungen erfüllt, welche auf dem Wiener Kongreſs Neisser unter allgemeiner Zustimmung aufgestellt hat: These III, Schluſssatz:

„Die Therapie der Gonorrhoe soll also erreichen, daſs aus der Urethritis anterior nicht eine Urethritis posterior, daſs aus der Gonorrhoea acuta nicht eine Gonorrhoea chronica werde."

Wenn Sie mich nun fragen, meine Herren, wie ich diese gewiſs höchst erfreulichen Erfolge erreicht habe, so ist das Verfahren dazu ein überaus einfaches. Ich will mich nicht in die Erörterung der theoretischen Erwägungen verlieren, welche mich schon vor nunmehr 8 Jahren auf den Weg leiteten, den ich jetzt zu gehen pflege. Die einfachste Überlegung lehrt uns ja, und jede Krankenbeobachtung bestätigt es, daſs im Anfange der Tripperprozeſs nur auf den Eingang der Harnröhre lokalisiert ist, und daſs die Infektion erst allmählich tiefer in die Harnröhre und in das Gewebe der Schleimhaut eindringt. Je früher also diesem Weitergreifen ein Hindernis in den Weg gelegt wird, um so sicherer ist der Erfolg, um so leichter die Heilung. Wir sehen deshalb auch, daſs die Gonokokken um so eher wieder beseitigt werden können,

wie meine Tabelle es nachweist, je früher nach der Ansteckung die Behandlung einsetzt. Man kann demnach eigentlich gar nicht früh genug behandeln.

Wenn wir von den prophylaktischen Maſsnahmen hier absehen, welche ja im Beginne der Erkrankung nur eine gründliche Reinigung und Desinfektion der Fossa navicularis anzustreben braucht, wozu etwa Waschungen mit Sublimatseife ein ebenso bequemes wie sicheres Mittel abgeben, so heiſst demnach die Losung: Das Publikum — und zwar Ärzte wie Laien — muſs wissen, daſs der Tripper um so leichter und sicherer heilt, je früher eine rationelle Behandlung Platz greift. Die Therapie soll erstreben, daſs der Erreger der Krankheit möglichst rasch und sicher getötet wird, ohne daſs das erkrankte Organ darunter leidet.

Damit sind die Leitpunkte für die Behandlung gegeben.

Ich habe zu meinen bisherigen Versuchen das Argentum nitricum gewählt, weil es einmal ein altbewährtes Heilmittel bei der Gonorrhoe ist, und zweitens, weil wir aus bakteriologischen Versuchen wissen, daſs noch ganz erhebliche Verdünnungen des Mittels bis zu 1 : 10000 antibakteriell wirksam sind. Es handelt sich also nur darum, die Grenzwerte festzusetzen, bei welchen einerseits eine genügende antigonorrhoische Wirksamkeit auch in tiefere Gewebsschichten hinein garantiert ist und andererseits eine allzu heftige Einwirkung auf die entzündete Schleimhaut vermieden wird. Über letztere Frage können natürlich nur Versuche in vivo entscheiden. Während wir wissen, daſs eine 2%ige Höllensteinlösung von einer gesunden Schleimhaut noch mit individuellen Unterschieden ohne stärkere Reaktion vertragen sind, so lehrt uns die Erfahrung, daſs die entzündete Schleimhaut schon auf wesentlich geringere Konzentrationen des Mittels durch eine unter Umständen excessive Steigerung des Entzündungsprozesses antwortet. Zwischen den gegebenen Grenzen von 1 : 10000 bis 2 : 100 braucht man aber nur die für jeden Fall passende Konzentration auszuwählen, um Erfolge zu erzielen, wie meine Tabelle sie nachweist.

Je weniger der gonorrhoische Prozeſs entwickelt ist, um so stärker darf ceteris paribus die Konzentration der Silberlösung sein, je lebhafter die Entzündung, um so schwächere Lösungen müssen wir nehmen, um ihrer Steigerung möglichst vorzubeugen.

Ich habe mich, wie aus diesen Erwägungen sich von selbst ergiebt, in meinen Fällen auch an keine Schablone gebunden, sondern entscheide jedesmal von Fall zu Fall über die Dosierung des Mittels, das ich in Lösungen von 1 : 1000 bis zu 1 : 10 vorrätig halte, um jede beliebige Konzentration zu jederzeitigem Gebrauche herstellen zu können.

Von den Anwendungen stärkerer Konzentrationen, wie sie von der älteren französischen Schule und noch von Welander zu seinem Abortivverfahren mit 2%igen Injektionen gebraucht werden, bin ich mehr und

mehr zurückgekommen, aus dem einfachen Grunde, weil man mit schwächeren Konzentrationen ebensoschnell, sicher und bei vorgeschrittenen Fällen auch besser und für den Patienten angenehmer zum Ziele kommt. Cito, tuto et jucunde — diese drei Forderungen der praktischen Medizin gelten auch für die Therapie der Gonorrhoe.

Akute Steigerungen zu blutigen und so überaus schmerzhaften Zuständen, wie sie schon bei 2%igen Injektionen kaum zu vermeiden sein dürften, habe ich nur selten gesehen, und dann nur in Fällen, deren äufsere Verhältnisse einen schärferen Eingriff nicht nur rechtfertigten, sondern geboten erscheinen liefsen, wie in dem Beispiele des erwähnten Heiratskandidaten, dessen Lebensglück ohne dieses schärfere Vorgehen eine arge Störung erfahren haben würde.

Die Möglichkeit einer Strikturenbildung darf kaum in den Bereich einer gut geleiteten Tripperbehandlung fallen, wenn der Patient früh genug eine zweckentsprechende ärztliche Hülfe aufsucht.

Es mufs daher vor allen Dingen die Überzeugung in den Kreisen der Ärzte, wie der Patienten verbreitet werden, dafs die Unterlassung der rechtzeitigen Behandlung die schwersten Schädigungen nach sich ziehen kann, und dafs die früheste Behandlung nach rationeller Methode die beste ist.

Freilich dürfte nicht jeder praktische Arzt der berufene Vertreter dieser Behandlungsprinzipien sein. Wer gewohnt ist, wie z. B. vielfach unsere Kassenärzte es ja leider notgedrungen thun müssen, 20 bis 40 Patienten in einer Sprechstunde abzufertigen, der hat einfach nicht die Zeit, einem Tripperkranken die erforderliche Sorgfalt angedeihen zu lassen. Eine halbe Stunde und mehr mag darüber vergehen, bis die Harnproben entnommen, die Verhaltungsmafsregeln gegeben sind, bis die Behandlung stattgefunden hat und die mikroskopische Untersuchung ausgeführt worden ist. Schon aus diesem rein äufserlichen Grunde mufs die Tripperbehandlung eine spezialistische sein und immer mehr werden, abgesehen von einer ganzen Reihe von Vorkenntnissen und Fertigkeiten, die heutzutage dem Durchschnitt der praktischen Ärzte durch die Schuld der mangelnden Vorbildung auf diesem Spezialgebiete in den meisten Fällen noch nicht zu Gebote stehen.

Aufser der Regelung der allgemeinen Verhältnisse, die ich hier nicht näher berühren will, um Ihre Geduld, meine Herren, nicht allzusehr zu ermüden, verlangt aber auch die Ausführung des therapeutischen Eingriffes eine besondere Sorgfalt.

In ganz frischen Fällen bis zum dritten und vierten Tage nach der Infektion werden stärkere Argentumlösungen von $^1/_4$—1% meist noch ohne besondere Schädigung vertragen. Die Applikation derselben kann mit einer kleinen Injektionsspritze vorgenommen werden, mittelst deren die vordere Harnröhre möglichst prall gefüllt wird. Unter Verteilung des

Inhaltes durch reibende Bewegungen der Flüssigkeit in der fest zugehaltenen Harnröhre wird jeder Punkt der Schleimhaut auf das innigste mit dem Medikament in Berührung gebracht und die Flüssigkeit alsbald wieder abgelassen. Diese Manipulation pflege ich einige Male zu wiederholen, bis die sichtbare Oberfläche der Schleimhaut durch Silbersalzniederschläge weiſslich verfärbt erscheint. Die Fossa reibe ich ohne Anwendung von Gewalt und ohne Instrumente noch mit einer stärkeren Lösung bis zu 2% ein und betupfe danach die von auſsen zugängige Fläche mit Europhenpulver, das eine gute Schutzdecke abgiebt. So in frischen Fällen. Bei vorgeschrittener Entzündung beginne ich mit Spülungen der vorderen Harnröhre durch den Rücklaufkatheter mittelst schwacher Lösungen von 0,1—0,5—1,0 pro mille, die nach Bedarf durch Zusatz von frisch gekochtem destillierten Wasser auf Körpertemperatur erwärmt werden, um den Reiz der Wärmeunterschiede auszuschalten. Die Harnröhre gewöhnt sich meist auffallend rasch an stärkere Konzentrationen, und man kann schon in wenig Tagen schnell auf 1/4 bis 1/2 bis 1%igen Lösungen steigen, die dann zweckmäſsig mittelst Spritze appliciert werden. Ich will mich an dieser Stelle nicht mit der Beschreibung des Instrumentariums, der Spülsonde, eines von mir zu diesem Zwecke angegebenen Spülbeckens etc., aufhalten. Vielleicht findet sich noch anderweitige Gelegenheit zur Demonstration derselben; das Spülbecken, welches von dem Fabrikanten zum Patent angemeldet ist, findet sich auch in der Ausstellung vertreten.

Meine Herren! Nachdem ich im vorstehenden gezeigt zu haben glaube, daſs wir thatsächlich im stande sind, den Tripperprozeſs mit einer gewissen Sicherheit des Erfolges zu beherrschen, möchte ich zum Schluſs noch gegen eine Auffassung Front machen, wie sie noch vielfach von den praktischen Ärzten geteilt wird und noch in letzter Zeit sogar in einem Vertreter unseres Spezialfaches einen Anwalt gefunden hat. Gelegentlich eines Vortrages im ärztlichen Vereine zu Hamburg empfahl Leudesdorf, nur den „natürlichen“ Ablauf des Leidens durch die Behandlung zu unterstützen. Gegen eine Bemerkung von Unna, welcher die Gonorrhoe in durchschnittlich 14 Tagen unter entsprechender Behandlung zur Heilung kommen sah, äuſserte sich dann Philippson dahin, daſs der natürliche Ablauf des Trippers 6—8 Wochen dauere, und stellte die Behauptung auf, daſs alle kürzer verlaufenden Fälle wohl nur Recidive seien!

Ja, meine Herren, bei einer derartig ergebungsvollen Anschauung auf ärztlicher Seite kann es uns nicht Wunder nehmen, wenn auch im Kreise des leidenden Publikums die Meinung von dem ärztlichen Können gegenüber dem Tripper eine nicht sehr hohe ist.

Wozu soll man denn da überhaupt noch behandeln, wenn gegen den natürlichen Ablauf des Krankheitsprozesses doch nichts auszurichten ist?

Dann könnte ja jeder Eingriff nur schädlich wirken, und es käme nur darauf an, den Patienten möglichst vor allen Komplikationen zu schützen, oder gehören diese etwa auch zum „natürlichen" Ablaufe des Trippers?

Das wäre denn doch ein sehr trauriges Armutszeugnis für die ganze bisherige Trippertherapie!!

Meine Herren! Man sagt wohl: Zahlen beweisen. Ich habe Ihnen in meinem Vortrage ein ziffernmäſsiges Material für meine Behauptungen gegeben, das sich allerdings nur auf eine kleine Zahl stützt, das aber bei der sorgsamen Berücksichtigung aller Fragepunkte, wie ich glaube, auf eine umfassendere Geltung Anspruch erheben darf.

Wenige, aber genau beobachtete Fälle sind von jeher für die Förderung der Wissenschaft beweisender gewesen, als das gröſste, schlecht verarbeitete oder nicht genügend gesichtete Material. Ich nehme deshalb keinen Anstand, die Forderung aufzustellen, daſs auf Grund unserer neueren Erfahrungen über die Behandlung der Gonorrhoe, die Überzeugung in weiteren ärztlichen Kreisen, wie im Kreise der Patienten verbreitet werde: Je früher die Behandlung des Trippers nach erfolgter Infektion eingreift, um so bessere Aussicht bietet sie für die schnelle und gründliche Heilung.

Man kann eigentlich gar nicht zu früh mit der Behandlung beginnen.

Mit einer Abänderung eines bekannten medizinischen Wortes möchte ich hier schlieſsen:

Tuto sanat, qui cito curat! —

Thesen:

1. Die Heilungsdauer der Gonorrhoe steht bei entsprechender Behandlung in direkter Abhängigkeit von der „Infektionsdauer", d. h. der Zeit, welche vom Momente der Infektion bis zum Beginne der Behandlung verflossen ist. Die Therapie muſs deshalb so früh wie möglich eingreifen.

a) Der Tripper ist unter günstigen Umständen in einem Tage heilbar, wenn die Behandlung bis zu spätestens vier Tagen nach der Ansteckung einsetzt.

b) Bis zu 8 Tagen nach der Ansteckung kann in geeigneten Fällen Heilung in 3 bis 6 Tagen erfolgen.

c) 8—14 Tage nach erfolgter Ansteckung erfordert die Heilung eine länger fortgesetzte Behandlung von durchschnittlich 20 Tagen und darüber.

2. Die Frühbehandlung ist im stande, die Verbreitung des Tripperprozesses auf weitere Strecken der Harnröhre zu verhindern und den Verlauf zu einem milden und auf die vorderen Abschnitte der Urethra beschränkten zu gestalten, selbst wenn das vollständige Verschwinden der Gonokokken nicht alsbald erreicht wird.

3. Recidive sind trotz des Fehlens von Gonokokken im Sekrete nicht ausgeschlossen, wenn die Behandlung vorzeitig aufhört. Eine genaue Überwachung des Patienten muſs deshalb längere Zeit hindurch stattfinden.

4. Die Gonokokken erfahren durch die Behandlung mit Silberlösungen eine Beeinträchtigung ihrer Wachstumsenergie, die sich durch das Auftreten von Degenerationsformen kennzeichnet.

Klinische und bakteriologische Erfahrungen mit Thiosinamin.

Vortrag, gehalten auf dem IV. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (Breslau, 14.—16. Mai 1894).

Von

Dr. W. VAN HOORN-Amsterdam.

Meine Herren!

Ich möchte mir heute eine kurze Mitteilung erlauben über klinische und bakteriologische Erfahrungen mit Thiosinamin.

Diese Erfahrungen sind zwar mangelhaft in mancher Hinsicht, da die Lupuskranken, bei denen die Versuche angestellt wurden, schwer dazu zu bestimmen waren, monatelang mehrere Male wöchentlich sich einer Behandlung zu unterziehen.

Wenn ich trotzdem für einige Minuten um Ihre Aufmerksamkeit bitte, geschieht dies aus dem Grunde, daſs einige meiner Beobachtungen abweichen von den Erfahrungen anderer, und ich gezwungen war, die Versuche vorläufig abzuschlieſsen. Auch möchte ich nach der freundlichen Einladung zu Ihrem Kongresse nicht ganz mit leeren Händen zu Ihnen kommen.

Kurze Zeit nach dem Wiener Internationalen Kongresse wurde mit meinen Versuchen der Anfang gemacht und im Dezember 1892 konnte ich der Medizinischen Gesellschaft in Amsterdam die auftretende Reaktion bei einigen Lupuspatienten zeigen.

Im groſsen und ganzen kann ich nur die Angaben HEBRAS bestätigen. Auch ich sah nach Einspritzung von Thiosinamin in der von ihm beschriebenen Weise Röte und Schwellung der befallenen Hautstelle, die zuweilen so schnell auftrat, daſs dieselbe zu Rhagadenbildung führte. Am Tage nach Ablauf der Reaktion erfolgte meistens eine reichliche Desquamation. Während der Reaktion wurde von den Patienten ein

Gefühl von Wärme und Spannung angegeben. In Abweichung von HEBRAS Erfahrungen erfolgte aus den bei der Reaktion entstandenen Rhagaden öfters eine Absonderung von seröser Flüssigkeit. Von Mitbeteiligung des Gesamtorganismus an der Reaktion niemals eine Spur.

Bezüglich der therapeutischen Erfolge mufs ich hervorheben, dafs alle Patienten, bei welchen die Affektion nicht ganz unbedeutend war, solange sie sich der Behandlung unterzogen, regelmäfsig Besserung aufzuweisen hatten. Geschwüre heilten zu, Schwellungen wurden flach. Eine Patientin mit ausgebreitetem Lupus tumidus und verrucosus des ganzen linken Armes und Handrückens zeigte schon nach 14 Tagen eine bedeutende Besserung.

Dagegen sah ich bei einem erwachsenen Mädchen mit einem geringfügigen Lupus am Rande einer Ohrmuschel auch nach grofsen Dosen nur ab und zu geringe Reaktion und fast keine Verbesserung. Ebenso zeigten zwei Kinder, ein Knabe von zehn Jahren und ein Mädchen von acht Jahren, der eine mit einem reichsmarkstückgrofsen, ulcerierenden Lupusherd der linken Wange, die andere mit einem pfenniggrofsen halbkugelförmigen Lupus tumidus an ähnlicher Stelle, die eben ausgewählt waren, um an kleinen Herden die Erscheinungen genauer studieren zu können, fast gar keine Reaktion. Bei dem Knaben wurde sogar mit der Dose gestiegen bis 200 mg, die höchste Dose, die auch bei Erwachsenen zur Anwendung kam. Nachdem dieselben aber, nur mit kurzer Unterbrechung, mehrere Monate zweimal wöchentlich eingespritzt waren, was sie übrigens ohne Anstand vertragen haben, konnte als Erfolg verzeichnet werden, dafs der Herd beim Knaben entschieden vergröfsert war und beim Mädchen höchstens eine unbedeutende Schrumpfung desselben stattgefunden hatte. Aus diesem Grunde und auch wegen Ungeduld der Eltern wurde dann ein starkes Salicylpflaster aufgeklebt, worauf die lupösen Stellen bald zur Heilung schritten.

Die Kranken, die am längsten die Kur fortsetzten, waren zwei weibliche Patienten, von welchen die eine mit Lupus des Armes schon erwähnt wurde, und die andere mit Lupus am Halse und Gesicht früher während anderthalb Jahre mit Tuberkulin behandelt, in meinem auf dem Wiener Kongresse gehaltenen Vortrag besprochen wurde. Bei dem letztgenannten Falle war mit der Dose des Tuberkulins schon ziemlich hoch gestiegen, und wurde dasselbe deswegen während einiger Wochen ausgesetzt. In dieser Zeit entwickelte sich aber ein ziemlich heftiger Nachschub, aus welchem Grunde beschlossen wurde, bei dem Falle Thiosinamin zu versuchen.

Beide Frauen bekamen dann beiläufig 15 Monate lang, mit höchstens einmaliger Unterbrechung von einem Monat, jede Woche 2—3 Einspritzungen von Thiosinaminlösung. Bei dieser wurde anfangs, sowie

bei den anderen Fällen die auch von HEBRA angegebene 15%ige alkoholische Lösung verwendet; später wurde auf Rat von Professor DUCLAUX in Paris eine 10%ige wässerige Glycerinlösung gebraucht. Diese Lösung war viel weniger schmerzlich beim Einspritzen, als die alkoholische, und hatte zu gleicher Zeit den Vorzug, leicht zu Agarkulturen verwendbar zu sein. Es wurde langsam gestiegen bis zu 2 ccm für eine Einspritzung, also 0,2 g Thiosinamin pro dosi. Darüber hinaus wurde nicht gegangen, aus dem Grunde, weil diese Dose bis zur Einstellung der Kur immer eine genügende Reaktion bewirkte.

Während nun bei beiden Patientinnen etwa 15 Monate lang stets eine gute Reaktion und regelmäfsig eine Verbesserung des krankhaften Gewebes beobachtet wurde und die Einspritzungen anstandslos vertragen wurden, fingen sie in den letzten zwei Wochen an zu klagen über Appetitverlust, Benommenheit des Kopfes, Gefühl von Mattigkeit und Müdigkeit im ganzen Körper, aber vorzugsweise in den Gliedern. Diese Erscheinungen steigerten sich nach jeder Einspritzung und liefsen in den Intervallen etwas nach, ohne aber ganz zu verschwinden. Ich fühlte mich dadurch vor drei Monaten veranlafst, dieselbe auch bei diesen Patienten auszusetzen. Sie fühlten sich dann alsbald wieder ganz wohl.

Schliefslich mufs noch erwähnt werden, dafs, wenigstens bei der einen Patientin mit Lupus des Armes, vor meiner Abreise von mir konstatiert wurde, dafs der Lupus deutlich verbessert war, auch während der letzten drei Monate, in welchen gar keine Behandlung stattfand.

Aufser den klinischen Untersuchungen habe ich im hygienischen Institute der Universität mit Hülfe des Herrn Prof. FORSTER Versuche angestellt zur Prüfung der antiseptischen Wirkung des Thiosinamins auf Hautparasiten. Diese Prüfung ist noch nicht abgeschlossen. Aus unseren Versuchsreihen, die wir noch näher kontrollieren werden, scheint aber hervorzugehen, dafs bei Anwesenheit von geringen Mengen Thiosinamins in Nährmedien eine Impfung von gewissen Parasiten erfolgslos bleibt; dafs wenige Tropfen einer 10%igen Thiosinaminlösung weiteres Wachstum einer Kultur hemmen oder unmöglich machen können, dafs aber reichliche Übergiefsung einer Kultur in gewissen Fällen sogar nach 24 Stunden nicht genügt, eine Kultur zu töten.

Insoweit man aus wenigen Fällen Schlufsfolgerungen ziehen kann, glaube ich, dafs meine Beobachtungen bei Lupus darauf hinweisen, dafs es nicht wünschenswert ist, Thiosinamin bei Lupus mit geringer Ausbreitung anzuwenden, und dafs, falls örtliche Behandlungsmethoden in Anwendung gebracht werden können, es jedenfalls zu empfehlen ist, die Behandlung nicht mit dem Thiosinamin zu beginnen, sondern dasselbe zu bewahren zur Beseitigung von unangenehmen Folgezuständen nach der lokalen Behandlung.

IV. Kongrefs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

(Am 14., 15., 16. Mai 1894 in Breslau.)

Originalbericht

Von

Dr. JESSNER-Königsberg i. Pr.

(Fortsetzung und Schlufs.)

3. Sitzung, den 15. Mai, morgens 9 Uhr.
Vorsitzender: Prof. LANG-Wien.

A. Zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Prozesses.

FINGER-Wien giebt Erläuterungen zu den von ihm aufgestellten Präparaten. Die Präparate von akuter Urethritis stammen von sterbenden Individuen, denen Reinkulturen von Gonokokken eingeimpft waren; von acht Fällen war bei dreien der Erfolg ein positiver gewesen. Auffallend war, dafs bei diesen drei Patienten kein Fieber oder nur ein sehr geringes bestanden hatte; die anderen, negativen Erfolg der Impfung aufweisenden Patienten fieberten alle über 39,5. Es ist das lehrreich, da wir ja wissen, dafs das Fieber die akute Urethritis beeinflufst, die Sekretion vermindert oder sogar beseitigt. Nach BUMM geht der Gonococcus ja bei 39° zu Grunde. Die fieberhafte Temperatur schafft eine temporäre Immunität. Wenn die Säugetiere gegen Gonokokken immun sind, so liegt es nahe, das darauf zurückzuführen, dafs ihre Temperatur zwischen 39° und 40° schwankt.

In zwei Fällen starben die Patienten schon nach 48 Stunden, alle Erscheinungen waren deshalb nur leichterer Art. Im dritten Falle waren drei Tage verstrichen, so dafs die typischen, gonorrhoischen Erscheinungen bereits sehr ausgesprochen waren. Die Urethralschleimhaut war bis zur Mitte der Pars pendula gerötet und geschwollen, das Plattenepithel der Fossa navicularis zeigte wenig Veränderungen, ein Zerfall desselben war noch nicht nachweisbar. Schwerere Störungen zeigte dagegen das Cylinderepithel, dessen obere Schichten schon in Abstofsung begriffen waren. Das Bindegewebe war infiltriert. Bemerkenswert ist, dafs die Erkrankung nur eine herdweise war. Die stärksten Anomalien spielten sich in der Umgebung der Follikel und Lakunen ab. Die Morgagnischen Taschen waren sehr verändert, ihr Lumen mit Eiterpfröpfen gefüllt, ebenso die Littréschen Drüsen, die tiefgehende Eiterpfröpfe enthielten. Auch die Verhältnisse der Gonokokken waren verschieden, je nach dem Epithel. Im Plattenepithel sitzen sie oberflächlich, im Cylinderepithel aber tief; sie schieben sich zwischen ihnen vor, umspinnen sie, machen an der unteren Grenze auch nicht Halt, sondern gehen in die oberen Schichten des Bindegewebes über. Sie finden sich auch eingeschlossen in Eiterzellen. Dasselbe ist in den Morgagnischen Taschen und Littréschen Drüsen der Fall. Die Zellen enthalten massenhaft Gonokokken, das secernierende Drüsenepithel aber ist immun gegen die Invasion der Gonokokken. Sie dringen hier nicht zwischen die Zellen, auch nicht in das Bindegewebe, liegen nur frei oder in Eiterkörperchen.

Sodann berichtet der Vortragende über einen genau untersuchten Fall von Arthritis gonorrhoica bei einem Kinde mit Blennorrhoea neonatorum, bei dem Gonokokken im Bindehautgewebe nachgewiesen waren. Es entstand 14 Tage nach der

Geburt eine Gonitis; Gonokokken in der durch Punktion gewonnenen Flüssigkeit. Derselbe Befund in dem bald darauf erkrankten Sprunggelenk. Eine spätere Punktion ergab wiederum Gonokokken. Sodann trat eine Entzündung des Kiefergelenkes auf, Punktion negativ. Die Gonitis und die Kiefergelenksentzündung nehmen zu, letzteres bewirkt starkes Oedem. Exitus letalis durch Pneumonie. Die Sektion ergiebt: dicker Eiter im Kniegelenk, Rötung der Synovialmembran, eine Abscefshöhle im Zusammenhange mit dem Gelenk. Perichondritis. Derselbe Befund im Kiefergelenk, Schwellung bis in das Mediastinum reichend. Mikroskopisch fand man in der Ödemflüssigkeit sich nach Gram nicht entfärbende Diplokokken, im Kniegelenk Gonokokken und Diplokokken, im Kiefergelenk nur Streptococcus. Kulturell wuchs aus der Ödemflüssigkeit der Diplococcus pyogenes, aus dem Kniegelenk Gonococcus und Streptococcus. Die Streptokokkeninvasion ist wohl als eine sekundäre anzusehen. Die Gonokokken wurden auch im Herzblute nachgewiesen, sie waren auch die Urheber der Mediastinitis. Die Schnitte wurden auf Gonokokken mittelst Boraxmethylenblaulösung (Borax 5, Methylenblau 5, Aq. 100) untersucht; Entfärbung in $^1/_2$%iger Essigsäure, gegen welche die Gonokokken nicht sehr empfindlich sind; kurze Zeit Abspülen in Alkohol, welches aber bei zu langer Einwirkung die Färbung beeinträchtigt

Die Ergebnisse der Schnittuntersuchungen sind: die Perichondritis hatte zu einem Abscefs zwischen Perichondrium und Knorpel geführt, die Gonokokken lagern hier meistens intracellulär. Die Gelenkkapsel und die periartikuläre Abscefswand zeigen zwei Schichten: eine innere, faserige Substanz, die nach Weigert nicht färbbar ist, und eine äufsere Schicht von Granulationsgewebe, die stark vaskularisiert ist. In beiden Fällen liegen die Gonokokken in einer Schicht von Eiterkörperchen zwischen beiden Schichten, während der Streptococcus nur in der fibrinoiden Schicht zu finden ist. Der Vortragende kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Gonococcus durchdringt das Cylinderepithel der Urethra sehr rasch und findet sich schon drei Tage nach der Infektion reichlich im Bindegewebe.

2. Das Plattenepithel der Fossa navicularis hingegen setzt dem Einwandern des Gonococcus gröfsere Hindernisse entgegen; er vermehrt sich hier nur auf der Oberfläche.

3. Ebenso rasch, wie in das Bindegewebe, dringt der Gonococcus in die Tiefe der Morgagnischen Taschen und in das Lumen selbst tief gelegener Littréscher Drüsen.

4. Wo der Gonococcus in das Gewebe (Epithel-Bindegewebe) eindringt, findet eine Vereinigung von Gonokokken und Leukocyten schon im Gewebe statt.

5. Nur wo der Gonococcus wegen Bau des Epithels (Plattenepithel) oberflächlich bleibt, findet auch eine Vereinigung von Gonokokken und Leukocyten naturgemäfs nur an der Oberfläche statt.

6. Durch Eindringen in die Blutbahn und mit dieser verschleppt, vermag der Gonococcus eine Reihe metastatischer Entzündungsherde im Gelenk, periartikulärem Gewebe, Perichondrium zu erzeugen.

7. Auch in diesen Krankheitsherden findet sich die Hauptmasse der Gonokokken in Eiterzellen eingeschlossen.

Jadassohn-Berlin beschränkt sich unter Verzicht auf seinen Vortrag, verweisend auf seine Thesen, auf einige Bemerkungen. Er hat Präparate aufgestellt, in denen es sich zum Teil um Bartholinische Drüsen, zum Teil um excidierte paraurethrale Gänge handelt. J. hält daran fest, dafs die meisten gonorrhoischen Abscesse Pseudoabscesse sind, vorgetäuscht durch Zerstörung und Abstofsung der Zellen, welche die präformierten Räume, in denen sich der Eiter ansammelt, auskleiden. Serienschnitte beweisen das ganz sicher. Nur sehr spärlich findet der Übergang der Pseudoabscesse in wirkliche

Vereiterung des Bindegewebes statt. Ein Präparat aus einem Abscefs im Sulcus coronarius, wo Einschmelzung des Bindegewebes stattgefunden, hat er auch aufgestellt. Betreffend die gonorrhoische Arthritis, so konnte J. in drei Fällen keine Organismen finden, trotzdem in einem Falle die Punktion schon am Tage nach Eintritt der Schwellung vorgenommen war. Dieses negative Ergebnis spricht nicht gegen die Bedeutung der Gonokokken für die gonorrhoischen Metastasen. Sie sind nur zu erklären dadurch, dafs die Gonokokken entweder aus der Synovialmembran noch nicht in das Exsudat ausgewandert oder in letzterem zu Grunde gegangen sind.

Zur Färbung der fibrinoiden Massen hat J. eine Mucinreaktion benutzt; Mucin wird dabei grün, Fibin rot. Schlufssätze:

1. Die Gonorrhoe ist nach den neueren Untersuchungen in allererster Linie eine Oberflächenerkrankung.

2. Ein Teil der als gonorrhoische Abscesse beschriebenen Gebilde beruht auf Misch-, resp. Sekundärinfektion, ein anderer Teil kommt durch Eiteransammlung in ursprünglich mit Epithel ausgekleideten Gebilden zu stande („Pseudoabscesse").

3. Jedoch giebt es zweifellos auch eine wirkliche Vereiterung von Bindegewebe infolge von reiner Gonokokkeninvasion.

4. Die Gonokokken vermögen auch in das subkutane, resp. periurethrale Gewebe einzudringen.

5. Wo immer Gonokokken und Eiterkörperchen zusammenkommen, zeigen sie eine grofse Neigung, sich zu vereinigen; liegen die Gonokokken nur in den obersten Lagen des Epithels, so kann diese Vereinigung nur dort stattfinden, liegen sie im Bindegewebe, so geschieht sie auch innerhalb desselben.

6. Die histologischen Veränderungen bei reiner Epithelinfektion unterscheiden sich von denen bei Bindegewebsinfektion.

7. Die im eigentlichen Sinne als solche anzusprechenden gonorrhoischen Metastasen, speziell die Arthritiden, beruhen auf reiner Gonokokkeninvasion; die Gonokokken können auch im ganz frischen, wie im älteren Exsudat fehlen; je reichlicher die Eiterbildung, um so leichter scheint der Nachweis der Gonokokken im Abscefsinhalt zu sein. Zur Entstehung des Exsudats genügte das Vorhandensein der Gonokokken in der Synovialmembran.

8. Bei der Gonorrhoe der Bartholinischen Drüse scheint sich die gonorrhoische Erkrankung immer auf den Ausführungsgang zu beschränken; das secernierende Drüsenepithel scheint gegen die Invasion der Gonokokken immun zu sein, trotzdem es cylindrisch ist. Das Cylinderepithel der Ausführungsgänge dagegen kann von den Gonokokken invadiert werden. Bei der Gonorrhoe der Bartholinischen Drüse kommt die Bildung von Pseudoabscessen besonders häufig vor.

Jacobi-Freiburg i. B.: **Über metastatische Komplikationen der Gonorrhoe.** Der Vortragende berichtet über von ihm beobachtete gonorrhoische Metastasen in den Sehnen. In den ersten beiden Fällen handelt es sich um Achillodynie; eine genauere Untersuchung derselben hat nicht vorgenommen werden können. Ihr Verlauf ist sehr chronisch, die Bewegungsfähigkeit sehr gestört, was zu einer Alteration des Allgemeinbefindens führt. Daneben trat aber in beiden Fällen eine auffallende Kachexie auf, welche in keinem Verhältnisse zur lokalen Erkrankung stand. Bei jedem Recidiv wiederholte sich dieser kachektische Zustand, der sogar zu Ohnmachten führte. In einem weiteren Falle handelt es sich um eine Tendovaginitis gonorrhoica im Tibialis posticus, wo mikroskopisch der Nachweis des Zusammenhanges geführt werden konnte. Es hatte sich ein Abscefs hinter dem Malleolus externus gebildet; Kulturversuche mit dem Diplokokken enthaltenden Abscefsinhalte auf nicht serumhaltigen Nährböden zeigten, dafs von zwölf Gläsern elf steril blieben; in einem entwickelten sich Staphylo-

kokken, was wahrscheinlich auf einer zufälligen Verunreinigung beruht. Der Vortragende resumiert dahin:

1. Die von ALIBERT beschriebene Achillodynie stellt eine echte, metastatische Komplikation der Gonorrhoe dar.

2. Bei gonorrhoischer Allgemeininfektion (Gonohémie) finden wir gelegentlich eine spezifische, gonorrhoische Kachexie.

3. Die Tendovaginitis gonorrhoica purulenta ist eine echte Metastase der Gonorrhoe und wird lediglich durch die Gonokokken hervorgerufen.

Diskussion über die drei Vorträge.

TOUTON hat der Achillodynie auch Interesse geschenkt, in einem Falle sah er Erythema multiforme, entsprechend der entzündeten Achillessehne. Die Kachexie hat TOUTON auch stets gefunden, wo es sich um eine gonorrhoische Allgemeinerkrankung handelt, wahrscheinlich unter Einfluſs der vermuteten Toxine. Die Komplikationen der Gonorrhoe sind alle durch wirkliche Metastasen der Gonokokken zu erklären. T. weist ferner auf zwei von ihm aufgestellte Präparate hin. Das eine ist nach GRAM-ROSSI gefärbt, zeigt blaue und rote Diplokokken. Das andere entstammt dem Inhalte einer Bläschenpustel bei Herpes gestationis. Es sind da Mikroorganismen, welche von Gonokokken sich schwer unterscheiden lassen. Vielleicht handelt es sich auch beim Herpes gestationis um eine gonorrhoische Infektion.

ROSENTHAL-Berlin weist auf die Ausführung von RENVERS in seinem Vortrage „Gelenkerkrankungen und Syphilis“ hin, der in der Berliner Medizinischen Gesellschaft gehalten ist; derselbe spricht sich für eine luetische Entstehung der Achillodynie aus.

v. SEHLEN-Hannover erwähnt die Färbung der Gonokokken in aus roten und grünen Farbstoffen bestehenden Anilingemischen.

WERTHEIM-Wien: Die Untersuchungen von FINGER und JADASSOHN beweisen, was er zuerst behauptet habe, daſs die Gonokokken in das Bindegewebe einzudringen vermögen. FINGERS Angaben über den Einfluſs der Temperatur auf die Gonokokken kann er nicht ganz bestätigen, da er beim Plattengieſsen 40—42° verwendet, ohne daſs die Gonokokken absterben. Selbst bei 45° lieſsen dieselben sich zwei Stunden halten und dann doch weiterzüchten. Nicht das Fieber unterbricht den gonorrhoischen Prozeſs, sondern toxische Produkte, welche bei dem betreffenden Krankheitsprozesse entstehen.

Die Symbiose der Gonokokken mit pyogenen Bakterien ist, wie FINGER auch sagt, nur eine temporäre. Bei Pyosalpinx etc. hat W. stets nur Gonokokken gefunden, im Gegensatze zu WITTE und PROCHOWNIK. Die durch Gonokokken bewirkten Abscesse sind am besten zu demonstrieren am Ovarium. Es sind echte Abscesse. Es giebt allerdings auch Pseudoabscesse bei Gonorrhoe im Sinne JADASSOHNS.

Sodann berichtet W. über seine höchst interessanten Versuche bei latentem Tripper. Die Frage ist zunächst, ob die Gonokokken beim chronischen Tripper eine Abschwächung der Virulenz erfahren. W. hat Reinkulturen von einem alten Gonorrhoiker angelegt und dann auf die Urethra desselben Mannes verimpft; der Erfolg war negativ, da, wie NEISSER schon gesagt hat, die Urethra sich an ihre Gonokokken gewöhnt. Die Impfung auf eine andere Urethra war positiv. Eine Virulenzabschwächung findet, was für den Gynäkologen von besonderer Wichtigkeit ist, dabei nicht statt. Alle Tripper beim Weibe setzen akut ein, wenn auch dieser akute Beginn sich der Beobachtung des Arztes und auch der Erkenntnis der Kranken oft entzieht; schleichend einsetzende Formen giebt es nicht. W. hat nun von dem mit positivem Erfolge geimpften zweiten Manne Reinkulturen gezüchtet und diese dann auf den ersten zurückgeimpft; jetzt war das Resultat ein positives: der Mann bekam eine akute Gonorrhoe. Die Gonokokken hatten also ihre Virulenz auch für denjenigen, von dem

sie stammten, wiedergewonnen. Schliefst man daraus Folgerungen für die Verhältnisse in der Ehe, so mufs man annehmen, dafs ein chronischer Gonorrhoiker seine Frau inficiert, von der er dann die Gonorrhoe später wieder zurückerhält. So findet ein fortwährender Austausch der gegenseitigen Gonokokken statt. Schliefslich aber gleicht sich die gegenseitige Virulenz aus, und sie können sich nicht mehr gegenseitig inficieren. Ein Dritter kann aber von der Frau Gonorrhoe acquirieren.

Neisser-Breslau hebt die Verdienste Wertheims um die Gonorrhoefrage unter lebhafter Zustimmung der Versammlung hervor und konstatiert dann die Thatsache der Metastasierung der Gonokokken. Es ist die Überwanderung in das Bindegewebe nicht die Regel, aber auch die Metastasen sind nur Ausnahmen. Vielleicht spielt da das Lebensalter eine Rolle. Man mufs jetzt die Bedingungen studieren, unter denen die Gonokokken tiefer eindringen. Der Fall von Leyden steht mit unseren Anschauungen im Einklang. Was die Temperatureinflüsse betrifft, so ist ein Unterschied zwischen den Vorgängen in der Kultur und den Verhältnissen beim Lebenden, wo der Nährboden an sich doch schon nicht so günstig ist.

Finger-Wien stimmt hierin Neisser zu. Nach seinen in dieser Richtung angestellten Versuchen ist die Dauer der Einwirkung der Temperatur von Wichtigkeit. Was die Symbiose betrifft, so war in dem geschilderten Falle in das Kiefergelenk der Staphylococcus wahrscheinlich bei der mifslungenen Punktion eingedrungen, aber er hatte sich nicht festsetzen können, denn weder makroskopisch noch mikroskopisch fanden sich irgendwelche anatomische Veränderungen.

Neuberger-Nürnberg: Nach den Ausführungen Wertheims über die gegenseitige Infektion in der Ehe ist eine auffällige Erscheinung, dafs man bei den Männern der gonorrhoisch erkrankten Frauen sehr selten Gonokokken findet.

Wertheim-Wien: Die Infektion erfolgt nicht regelmäfsig; es kann geschehen, aber es mufs nicht geschehen.

Petersen-Petersburg stellt sich betreffs der gegenseitigen Infektion ganz auf den Standpunkt Wertheims, kennen wir doch viele Fälle, wo auch durch frisches Sekret keine Infektion stattfindet. Bei den Einflüssen der Temperatur auf die Gonokokken spielen sicher auch andere Momente mit. Ausspülungen der Urethra mit Wasser bis zu 55° C. haben keinen Heilerfolg, vielleicht wegen der Kürze der Einwirkung.

Neisser-Breslau: Die Wertheimschen Versuche beweisen die Möglichkeit der Rückinfektion.

Casper-Berlin führt zu Gunsten der Wertheimschen Ansicht folgenden Fall an: Ein Patient inficiert seine Frau; beide wurden angeblich als geheilt entlassen, jedoch der Coitus auch dann erst unter Kautelen gestattet. Keine Infektion. Als aber das erste Mal die Kautelen aufser acht gelassen wurden, bekam der Mann eine akute Gonorrhoe.

Finger-Wien: Früher glaubte man an die Immunität bei chronischer Urethritis. Impfversuche in dieser Richtung haben ihn aber belehrt, dafs keine Immunität von der Infektion zurückbleibt.

Lang-Wien erwähnt den von ihm mitgeteilten metastastischen Abscefs am Handrücken bei einem akuten Gonorrhoiker. Anfangs glaubte er, dafs der Abscefs von der Sehne ausging, jedoch war klinisch auch nach der Eröffnung der Zusammenhang nicht nachweisbar. Eine endgültige Entscheidung hätte nur die anatomische Untersuchung geben können. Übrigens hatte der Patient an der Stelle eine alte Narbe; ob das Narbengewebe vielleicht für die Metastase prädisponierte, läfst sich nicht entscheiden.

Löwenfeld-Breslau hat niemals eine akute Gonorrhoe durch gegenseitige Infektion gesehen.

B. Diagnose und Therapie der Gonorrhoe.

GRÜNFELD-Wien: **Die endoskopische Behandlung der Tripperformen, nebst Bemerkungen über die mechanische Behandlung im allgemeinen.** Es soll nur der gegenwärtige Standpunkt der Endoskopie gezeichnet werden, über welche er vor 20 Jahren die erste Publikation erlassen hat. Die Neuerungen auf dem Gebiete der instrumentellen Technik haben die Sache sehr gefördert; das Bestreben, die Apparate zu komplicieren, ist aber zu sehr hervorgetreten, was er nicht zu billigen vermag. Man kann die Instrumente teilen in solche mit direktem und solche mit reflektiertem Licht. Vom praktischen Standpunkte ist das reflektierte Licht mit Trennung der Lichtquelle vom Endoskop vollkommen ausreichend. Die NITZE-OBERLÄNDERsche Methode ist zu schwierig und der weiteren Verbreitung der Endoskopie hinderlich. In der Privatpraxis, wie in der Poliklinik bedient sich GRÜNFELD einer beliebigen Lichtquelle und eines gewöhnlichen Reflektors; auch ein solcher mit Glühlämpchen ist brauchbar. Die Fertigkeit in der Handhabung dieser gewöhnlichen Instrumente ist leicht zu erlernen.

Für die Beurteilung der Urethra ist das lichtstarke Bild gar nicht so vorteilhaft, es ist sogar hinderlich. Zuweilen ist es nötig, gewöhnlich ist aber schwaches Licht geeigneter. Die Wahl des Tubus hängt von der Weite des Orificium externum urethrae ab, dessen blutige Erweiterung fast stets überflüssig ist. Die blätterigen, dilatierenden Endoskope haben nicht den praktischen Erfolg, den man theoretisch von ihnen erwartet. Die Dehnung der Urethra darf nicht die Faltenbildung beseitigen, da deren Beobachtung von Wichtigkeit ist. Aus diesem Grunde sind auch die vorn vertikal abgeschnittenen Tubi vorzuziehen.

Der Vorschlag, die obere, untere, seitliche Wand nacheinander zu untersuchen, ist nicht zu empfehlen. Die Maximalextension der Mucosa hindert die Beurteilung; für den gesamten Überblick ist die zentrale Einstellung bei minimaler Spannung nötig.

Den endoskopischen Spiegelbildern ist nur wenig Wert beizulegen.

Die Untersuchung der Pars prostatica kann stets mit geraden Instrumenten erfolgen, sie ist mit keinen Schwierigkeiten verbunden. Gekrümmte und biegsame Instrumente sind überflüssig,

Die endoskopische Untersuchung ist wenig empfindlich und stets ohne Kokain ausführbar.

Die Verwendung anderer diagnostischer Hülfsmittel neben der Endoskopie ist stets nötig.

Bei akuten Prozessen ist die Endoskopie fast stets überflüssig, nur bei Schanker Croup ist sie zuweilen nützlich, bei allen Fällen von umschriebenen, chronischen Erkrankungen dagegen mufs dieselbe geübt werden, da das auch für die Behandlung von gröfster Wichtigkeit ist.

Die endoskopische Lokalbehandlung ist bei umschriebenen, gonorrhoischen Prozessen unentbehrlich (GRÜNFELD hält die Trennung in umschriebene und diffuse Prozesse für geeigneter, wie in akute und chronische). Die Patienten haben sich an dieselbe auch schon gewöhnt und verlangen die instrumentelle Behandlung im Gegensatz zu früher. Die endoskopische Lokalbehandlung ist nicht weiter zurück, als die laryngoskopische. Jedoch ist eine exklusive endoskopische Therapie nicht zu billigen, letztere kann auch andere Wege einschlagen.

Zu den Ausspülungen der Urethra benutzt der Vortragende Glaskatheter, die allen Anforderungen entsprechen. Sonden zur Dehnung und Massage sind nicht selten erforderlich, jedoch mufs man in der Wahl zu hoher Nummern vorsichtig sein. Die Applikation von Medikamenten mit Instrumenten ohne Okularinspektion kann nur

gebilligt werden, wenn es gelingt, die kranke Stelle zu treffen. Meistens ist die Kontrolle des Auges nötig.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die endoskopische Untersuchung der Harnröhre erfolgt am zweckmäſsigsten mittelst der einfachsten, jedem Arzte zugänglichen Methode.

2. Die reflektorische Beleuchtung, wie sie bei der Laryngoskopie etc. gehandhabt wird, ist der direkten, nur mittelst komplicierter Vorrichtungen zu erlangenden Beleuchtung der Harnröhre vorzuziehen.

3. Bei der okularen Inspektion der Harnröhre erlangt man die verläſslichsten Anhaltspunkte bei möglichst geringer Veränderung des natürlichen Zustandes derselben. Daher ist die maximale Dehnung des Kanals zu vermeiden.

4. Die Abbildung endoskopischer Sehfelder soll, wie die Demonstration, vornehmlich die Einzelbilder möglichst naturgetreu ins Auge fassen. Kombinationsbilder erheischen die vorhergehende Feststellung von solchen Einzelbildern.

5. So, wie der vorbullöse Teil der Harnröhre, muſs auch die Pars posterior behufs genauer Diagnose der endoskopischen Untersuchung zugeführt werden. Einfache gerade Instrumente reichen da vollkommen aus.

6. Der endoskopischen Diagnose hat die chemisch-mikroskopische Analyse der Sekrete und des Harns voranzugehen.

7. Diffuse Urethritisformen sind nur ausnahmsweise Gegenstand der endoskopischen Behandlung. Eine Abortivheilung ist mittelst derselben nicht zu erzielen.

8. Circumskripte Urethritisformen sind den Medikamenten in solider oder flüssiger, wohl auch in Pulverform zugänglich, welche nach strengen Indikationen gehandhabt werden.

9. Ebenso können auf endoskopischem Wege instrumentale Vorrichtungen verschiedener Art, Galvanokaustik, Elektrolyse etc. zu lokal-therapeutischen Zwecken verwendet werden.

10. Zur Unterstützung der endoskopischen Behandlung dienen die diversen Methoden mechanischer Behandlung; Irrigationen der vorderen und tiefen Harnröhre, die Sondenkur, Kühlsonde etc. mit Instrumenten, die der natürlichen Weite der Harnröhre entsprechen.

11. Die Einführung von Medikamenten intensiver Wirkung mit Hülfe von Sonden, glatt oder gefurcht, von löslichen Stäbchen oder medikamentösen Bougies, von Porte-remèdes etc., kann nur dann empfohlen werden, wenn vorher auf endoskopischem Wege der Sitz der Krankheit festgestellt wurde.

12. Anatomische Vergleiche und endoskopisch durchgeführte Experimente lehren, daſs der Sitz von Krankheiten in der Harnröhre mit dem Tastsinn allein nur ungenau zu bestimmen ist.

13. Ebenso wird nur der endoskopische Befund der Mucosa urethrae den Ausschluſs gewisser Heilmittel oder Methoden erforderlich machen.

Casper-Berlin: **Zum Kapitel der Urethroskopie.** Der Vortragende will sich äuſsern: 1. Über die Wahl der Instrumente. 2. Über die Grenzen des endoskopischen Sehens. Was die Instrumente betrifft, so ist die äuſsere Lichtquelle vorzuziehen, da die Erwärmung durch das eingeführte Glühlämpchen den Blutgehalt der Schleimhaut steigert. Sie ist auch hinreichend stark, wie sein von ihm demonstriertes Endoskop mit Accumulator beweist; Tubus und äuſsere Lichtquelle sind in fester Verbindung.

Ad 2 ist zu beherzigen, daſs das Einführen eines starren Tubus natürlich gewisse Veränderungen in der Schleimhaut hervorruft; das Blut wird zum Teil herausgedrängt, zum Teil zurückgehalten, der Glanz der Schleimhaut ändert sich. Auſserdem werden Spasmen ausgelöst, die ihrerseits die Gefäſsfüllung beeinflussen. Die Streifung der

Harnröhre wird auch oft nicht richtig beurteilt. Je nachdem die medianen Falten mehr oder weniger ausgesprochen sind, deutet man es als weiche oder harte Infiltration. Betreffs der Urethroscopia posterior steht er auf dem entgegengesetzten Standpunkte wie Grünfeld. In der hinteren Harnröhre werden durch den Tubus die Teile so verändert, daſs das Bild durchaus nicht maſsgebend sein kann. Die Endoscopia posterior ist nicht zulässig. Für akute Fälle ist die Endoskopie überhaupt auszuschlieſsen; in den chronischen sind nicht alle Formen Oberländers zu unterscheiden. Von ihnen sind besonders zu beachten die periglandulären Formen, dann die Psoriasis mucosae, in dicken Auflagerungen sich kundgebend. Tumoren und Ulcerationen sind natürlich leicht zu erkennen. Bei den Folgezuständen der Urethritis, den Infiltraten etc. ist die Urethroskopie unzureichend für die Strikturen; diese fühlt man besser, als man sie sieht. Dagegen ist sie von groſser Wichtigkeit für die früheren Infiltrate, für die beginnende Striktur. Der Vortragende resumiert etwa dahin: die äuſsere Lichtquelle ist überlegen. Die Endoskopie hat eine groſse, nicht zu unterschätzende Bedeutung; es giebt aber auch gewisse Grenzen, die nicht zu weit zu ziehen sind. Zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken hat die Urethroscopia posterior nur ausnahmsweise Berechtigung.

Löwenhardt-Breslau: **Zur Endoskopie der Pars posterior.** Der Vortragende demonstriert ein von ihm zur Endoskopie der Pars posterior konstruiertes Instrument. Dasselbe beruht auf dem Prinzip, die Urethra posterior von hinten her, d. h. von der Blase aus, zu beleuchten, da alle Methoden, diese Teile von vorn her zu beleuchten, unzureichend sind. Die Lichtquelle wird also bei diesem Instrumente vollkommen aus dem Gesichtsfelde eliminiert und gleichzeitig die Blase als Kühlreservoir für die Lampe benutzt. Der Teil des endoskopischen Rohres vom Auge des Untersuchenden bis zum Objekte bleibt ganz frei zu jeder operativen Maſsnahme und zur Einführung jedes gewünschten optischen Vergröſserungsapparates. Das Instrument ist gekrümmt, ein Fenster bietet das stets begrenzte Gesichtsfeld; es wird mit Obturator eingeführt. Durch Herstellung ganz kleiner Lämpchen mit geringer Spannung, welche sich in einer besonderen Isolierkapsel, einem sehr schlechten Wärmeleiter, befinden, ist es möglich, die Erwärmung der Spitze auf ein Minimum zu reducieren, so daſs man das Instrument nicht zu lange Zeit, auch ohne Wasserspülung mit der Spitze in der Urethra liegen lassen kann. Es eröffnet das die Perspektive, diese Beleuchtungsart auch für andere Organe verwenden zu können.

Löwenhardt-Breslau: **Zur Frage der gonorrhoischen Striktur.** Der Vortragende betont zunächst, daſs das Otissche Urethrometer nur wenig wertvolle Resultate giebt, und hebt dann hervor, daſs die Zahl der Strikturen im Verhältnis zu der Zahl der Gonorrhoen doch eine sehr geringe ist. Nicht jedes Infiltrat führt zur Striktur, eine prophylaktische Behandlung derselben mit Rücksicht auf eine etwaige Striktur ist deshalb nicht gerechtfertigt.

Lang-Wien demonstriert seinen **Beleuchtungstrichter** für die Endoskopie. Der Hauptvorteil desselben ist, daſs man das Instrument nicht, wie sonst bei äuſserem Licht, in die volle Hand zu nehmen braucht.

Kollmann demonstriert seinen **neuen aufschraubbaren Harnröhrendilatator mit vier Branchen.** Die Dehnungen nach Oberländer bedeuten einen groſsen Fortschritt in der Therapie der Urethritiden. Die von diesem verwendeten zweiblätterigen Dilatatoren genügen aber nicht immer. Durch vierarmige Dilatatoren wird der auf die Harnröhrenwandung ausgeübte Druck gleichmäſsiger verteilt, als durch zweiarmige. Vierarmige Dilatatoren gleichen darin mehr der gewöhnlichen cylindrischen Metallsonde. Die Branchen des neuen vierarmigen Dilatators öffnen sich im Gegensatz zu anderen schon bekannten vierarmigen Dilatatoren einander parallel. Sie

sind durch Stäbchen von einer Mittelachse aus gestützt, so dafs sie bei dem Gebrauch durch die Spannung der Harnröhre nicht zusammengedrückt werden können. Bei den anderen schon bekannten vierarmigen Dilatatoren, deren Branchen stützende Stäbchen nicht besitzen, geschieht das leicht. Daher ist dieses Instrument widerstandsfähiger, als jene. Das Instrument ist gerade gebaut und nur für die vordere Harnröhre bestimmt.

Lohnstein-Berlin demonstriert die von ihm **konstruierten Dilatatoren mit Spülvorrichtung.** Die eine Art ist für Infiltrate mittleren und starken Kalibers konstruiert, während für leichtere Formen ein anderes Instrument, nach dem Prinzip des Otisschen Urethrometers gebaut, sich eignet. Sodann konstruierte er eine Serie von Dilatatoren, die sich für alle Arten von Infiltraten eignen, sowie eine, welche nur zur Behandlung ganz harter Infiltrate geeignet ist. Alle Dilatatoren sind mit Spülvorrichtung versehen. Betreffs der Unzuverlässigkeit der Urethrometrie stimmt der Vortragende Löwenhardt vollkommen bei. Zur Beleuchtung hält er indirektes Licht für geeigneter; durch direktes Licht wird die Schleimhaut nicht nur beleuchtet, sondern auch durchleuchtet. Er hat ein Verfahren im Gebrauch, bei dem er direktes und indirektes Licht hintereinander für dieselbe Stelle benutzen kann. Aus den sich ergebenden Differenzen macht er Schlüsse in Bezug auf die Beschaffenheit der Infiltrate.

Seine Schlüsse lauten:

1. Die Spüldilatatoren bezwecken die Zerteilung der Infiltrate, sowie die Eröffnung verstopfter Drüsenmündungen der Schleimhaut durch Zugwirkung. Durch die gleichzeitig erfolgende medikamentöse Spülung wird die Mobilisierung und Beseitigung der Sekrete, sowie eine kauterisierende oder adstringierende Einwirkung auf die Schleimhautoberfläche bewirkt.

2. Die Instrumente sind deshalb indiciert: a) in allen Fällen von chronischer, infiltrierender Urethritis, bei denen der Nachweis des Bestehens mehr oder weniger circumskripter Infiltrate erbracht werden kann; b) in allen Fällen von strikturierender Urethritis, in welchen sich die Striktur noch nicht im Stadium regressiver Veränderungen befindet.

3. Kontraindiziert sind die Spüldilatatoren in allen den Fällen, in welchen bereits regressive Veränderungen auf der Harnröhrenschleimhaut Platz gegriffen haben (kallöse Striktur, bindegewebige Schwiele etc.).

Gulisch: Der Wert eines Instrumentes ist zu beurteilen nach dem, was es leistet. Er kann nach seinen Erfahrungen nur das Oberländersche Verfahren mit direktem Licht vorziehen. Wenn Casper die Ausdehnung der Blutgefäfse durch die Wärme der Lichtquelle betone, so sei es doch nicht anzunehmen, dafs eine Steigerung des Wärmegrades, die von dem Kranken noch nicht empfunden wird, schon solche Alterationen der Gefäfse bewirke.

Finger-Wien: Die Indikationen für die Dehnungen, wie sie Oberländer aufstellt, sind zu weite und diskreditieren daher das ganze Verfahren. Das akute Infiltrat schwindet von selbst durch adstringierende Mittel; die polynuklearen Zellen des akuten Infiltrates sind nur passiver Veränderungen fähig: sie verfetten und zerfallen, haben nicht die Fähigkeit, aktiv zu werden, Bindegewebe zu bilden. Durch Dehnung kann man deshalb nur schaden und die Bindegewebsbildung erst anregen. Anders ist es bei chronischen Formen: wo Bindegewebsneubildung bereits besteht, das Infiltrat aus mononuklearen Zellen besteht, da ist die Dilatation von sehr gutem Erfolge.

Casper-Berlin reklamiert zunächst die sogenannten Oberländerschen Instrumente für Nitze, dieser sei der eigentliche Erfinder. Was die Lichtquelle betrifft, so ist für die Blase das direkte Licht ja vorzüglich, nicht aber für die Harnröhre. Die

Temperatursteigerung in der Harnröhre braucht noch nicht zur Perception des Kranken gekommen zu sein, wenn sie schon die Füllung der Blutgefäfse beeinflufst, dazu genügen schon ganz geringe Änderungen, welche noch nicht ein besonderes Wärmegefühl auslösen.

SCHARFF-Stettin: GRÜNFELD hat gegen die kombinierten Instrumente gesprochen und mit Rücksicht auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes die einfachsten empfohlen, bei denen Lichtquelle und Tubus voneinander getrennt sind. Aber gerade für den praktischen Arzt hält SCH. die kombinierten Apparate geeigneter, da es viel leichter ist, mit ihnen die Endoskopie zu erlernen. Mit den einfachen gehören Jahre dazu, um die Kunstfertigkeit zu erlangen, wie sie GRÜNFELD besitzt. Das direkte Licht ist vorzuziehen; starke Lichtintensität stört nur bei indirekter Beleuchtung.

KOLLMANN-Leipzig zieht bei weitem das direkte Licht vor; auch das indirekte Licht, wie es der Caspersche Apparat bietet, ist sehr geeignet, aber nicht für alle Tubusnummern. Die Methode bezeichnet man am besten als Nitze-Oberländersche.

Eine Reihe von Vorträgen, die sich auf die Gonorrhoefragen bezogen, fielen wegen Zeitmangels aus. Ich gebe hier aber wenigstens die Schlufsfolgerungen derselben wieder:

KOCH-Breslau: **Die Diagnose und Häufigkeit der Urethritis posterior gonorrhoica.**

1. Die von LOHNSTEIN angegebene Ausspülungsmethode ist vom theoretischen Standpunkte aus als ein Fortschritt zu begrüfsen, wenn auch sie nicht frei von Fehlerquellen ist.

2. Die mit derselben erhaltenen Resultate unterscheiden sich aber nicht wesentlich von den mit den bisherigen Methoden gewonnenen, wenn die letzteren in vorschriftsmäfsiger Weise angewendet werden.

3. Die Diagnose einer Urethritis posterior darf nur durch den Nachweis von Gonokokken im Sekret der Urethra posterior gestellt werden.

4. Denn es giebt eine Urethritis posterior, bei welcher der Gonokokkennachweis nicht zu erbringen ist, auch bei zum ersten Male Inficierten.

5. Die Urethritis posterior gonorrhoica konnte bei uns in 60—70% aller Fälle von Gonorrhoe konstatiert werden.

6. Die Differenzen, welche zwischen den Untersuchungsmethoden KOLLMANNS und denen der meisten anderen Autoren, speziell JADASSOHNS, vorhanden sind, beruhen zum Teil auf der Verschiedenheit des Materials, zum Teil wohl auch auf der Verschiedenheit der angewendeten Methoden.

PUTZLER-Danzig: **Mitteilungen über die Beteiligung der Prostata an dem gonorrhoischen Prozefs der Urethra.** Die Prostatitis ist zumeist eine direkte Folge des Übergreifens des in der Urethra posterior etablierten gonorrhoischen Prozesses auf die Prostata, denn

1. entwickelt sich die akute Prostatitis in direktem Anschlufs an eine Urethritis gonorrhoica posterior ohne irgend eine andere nachweisbare Ursache,

2. lassen sich ziemlich häufig in akuten, wie chronischen Fällen in dem durch Massage resp. die dritte Harnprobe gewonnenen Prostatasekret typische Gonokokken nachweisen. Daher ist erforderlich:

1. die Prostata und ihr Sekret möglichst bei jeder Gonorrhoea posterior zu untersuchen,

2. mufs versucht werden, hauptsächlich durch Massage das gonokokkenhaltige Sekret aus der Prostata und durch Urinlassen oder Spülungen aus der Urethra zu entfernen.

Schäffer-Breslau: **Zur Diagnose der Urethritis posterior.**

1. Bei der von Jadassohn empfohlenen Ausspülung der Urethra gelangt bei richtiger Ausführung nur in sehr seltenen Fällen (etwa 7%) die Flüssigkeit in die Blase. Bei zu hoch hängendem Irrigator dagegen geschieht dies häufig, z. B. bei einer Höhe von 1,60 m schon in mehr als 35%.

2. An Sicherheit gewinnt die Methode, wenn der Patient vor der Ausspülung mit einer Farblösung (z. B. Karbolfuchsin) einspritzt, weil in manchen Fällen das Sekret, selbst bei lang fortgesetzter Spülung, nicht vollständig aus der Urethra entfernt wird, wie dies durch Zurückbleiben rot gefärbter Flocken nach der Ausspülung bewiesen wird.

3. Bei der Injektion in die Urethra des Weibes gelangt gröſstenteils die Flüssigkeit in die Blase, selbst wenn die Spritze nur 1 ccm faſst.

Chotzen: **Alumnol ein Antigonorrhoicum.**

1. Alumnol tötet Gonokokken in der Kultur.

2. Alumnol wirkt auf Gonokokken in der menschlichen Harnröhre und im Uterus hemmend, sowohl in Bezug auf das Gröſsenwachstum, als auf die Vermehrung.

3. Alumnol vermag durch seine adstringierende Eigenschaft in der geeigneten Konzentration die nach Verschwinden der Gonokokken noch bestehenden Entzündungserscheinungen zu beseitigen.

Schäffer-Breslau: **Über die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Gonorrhoe.**

1. Die Forderung, nur antiseptische Lösungen bei der Behandlung der Gonorrhoe anzuwenden, muſs besonders betont werden mit Rücksicht auf die Thatsache, daſs bei der Injektion mit der Tripperspritze die Flüssigkeit häufig in die Urethra posterior gelangt.

2. Klinische Erfahrung sowohl, wie experimentelle Versuche ergeben, daſs von allen Injektionsmitteln in der angewendeten Konzentration die Silberlösungen die stärkste antigonorrhoische Kraft besitzen.

3. Die Notwendigkeit des frühzeitigen Beginns der antigonorrhoischen Therapie bleibt bestehen, selbst für den Fall, daſs die Gonokokken die Fähigkeit besitzen sollten, unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht nur in die tieferen Epithelschichten, sondern auch ins Bindegewebe vorzudringen. Es wäre dies gerade unter den letzteren Umständen besonders wichtig, um damit der Verbreitung der Gonokokken in der Fläche und damit auch ihrer Tiefenwanderung und allen damit verknüpften lokalen wie allgemeinen Komplikationen vorzubeugen.

4. Die Behandlung der Gonorrhoe mit schwachen Argentumlösungen ist auch im allerfrühesten Beginn fast ausnahmslos durchführbar.

5. Das Äthyldiaminsilberphosphat (Argentamin) ist in Bezug auf antigonorrhoische Kraft und Tiefenwirkung einer gleichprozentigen Argentum nitricum-Lösung überlegen.

6. Auch in der Praxis hat sich das Argentamin als sehr brauchbares Antigonorrhoicum erwiesen, besonders bei hartnäckigen, der sonstigen Therapie nicht weichenden Gonorrhoen. Seiner Reizwirkung wegen ist die Kombination mit entzündungswidrigen Mitteln (Alumnol, Ichthyol) empfehlenswert.

Schäffer und Steinschneider: **Widerstandsfähigkeit der Gonokokken gegenüber Desinfektionsmitteln und anderen Schädlichkeiten.**

1. Die Abtötung der Gonokokkenkulturen erfolgt (bei der von uns verwandten Versuchsanordnung: Aufschwemmung der Bakterien in verdünntem, menschlichem Blutserum) durch Argentumlösungen früher, als durch die übrigen für die Gonorrhoebehandlung empfohlenen Mittel, wie das Sublimat, Ichthyol, Zincum sulfuricum, Zincum sulfocarbolicum, Tannin, in der für die Therapie anwendbaren Konzentration. Ebenso

wird Serumagar durch die beim Übergiefsen mit verdünnten Argentumlösungen entstehenden Verbindungen zu einem für Gonokokken ungeeigneten Nährboden, während dies bei den anderen hierauf geprüften Mitteln (Sublimat, Ichthyol, Alumnol, Zincum sulfuricum) wenig oder gar nicht der Fall ist.

2. Der Urin von Personen, welche reichliche Dosen von Kopaivbalsam oder Natrium salicylicum erhalten hatten, zeigte keine nennenswerte desinficierende oder entwickelungshemmende Eigenschaften gegenüber den Gonokokken.

3. Gonokokken bleiben im Wasser, ebenso beim Eintrocknen mehrere Stunden lang entwickelungsfähig.

4. Sitzung den 15. Mai, nachmittags 2 Uhr.
Vorsitzender: Prof. Caspary.

van Hoorn: **Klinische und bakteriologische Erfahrungen über Thiosinamin.** Da die lupösen Kranken sich nicht so lange der Behandlung unterziehen wollen, sind die Erfahrungen mit dem Thiosinamin etwas mangelhaft. Der Vortragende begann seine Versuche mit Thiosinamin sofort nach dem Wiener Internationalen Dermatologenkongrefs. Er sah nach den Injektionen Rötung und Schwellung mit Gefühl von Wärme und Spannung in den befallenen Hautstellen, so dafs es selbst zur Absonderung seröser Flüssigkeit und zu Rhagadenbildung kam. Nach Ablauf der Reaktion erfolgte meist eine Desquamation. Der Gesamtorganismus war dabei niemals alteriert. Stets trat bei den schwereren Fällen während der Behandlung Besserung ein; bei einem ausgebreiteten Lupus tumidus et verrucosus war die Besserung nach 14 Tagen sogar schon eine sehr erhebliche. Dagegen trat bei geringfügiger Erkrankung nur eine sehr geringe Reaktion ein, ohne jegliche Besserung. Anfangs wurde nach den Angaben von Hans von Hebra eine 15%ige alkoholische Lösung, später eine 10%ige wässerige Glycerinlösung benutzt. Nach länger dauernder Behandlung stellten sich Allgemeinerscheinungen ein, welche ein Aussetzen der Behandlung erheischten.

Der Vortragende hat dann bakteriologische Untersuchungen über den Einflufs des Thiosinamins auf Hautparasiten angestellt, deren Resultat aber noch nicht abgeschlossen ist. Es scheint aber aus denselben hervorzugehen, dafs die Impfung der Nährböden erfolglos bleibt, wenn etwas Thiosinamin in den Nährböden vorhanden ist. Übergiefsung der Kulturen, selbst mit starken Lösungen von Thiosinamin, sind erfolglos.

Das Resumé des Vortragenden lautet: Die Anwendung des Thiosinamins bei Lupus mit geringer Ausbreitung ist nicht ratsam; die örtliche Behandlung ist vorzuziehen. Es ist zu reservieren für die Bekämpfung etwaiger unangenehmer Folgezustände nach der lokalen Behandlung.

Ehlers-Kopenhagen: **Neue Statistik über 1501 Fälle von tertiärer Syphilis.** Wenn es auch Autoren noch heute giebt, welche die tertiären Erscheinungen auf Quecksilberverwendung zurückführen, so stehen die meisten doch heute auf dem Standpunkte, dafs die ungenügende Behandlung die Hauptursache derselben bildet. Die Statistik lehrt, dafs die tertiären Erscheinungen am häufigsten in den erten vier Jahren auftreten. Der Vortragende legt eine durch Kurven illustrierte Statistik über 6816 Fälle von Syphilis vor, die von 1864—1881 im Kommunehospital zu Kopenhagen behandelt wurden. Auffallend ist die grofse Schwankung in der Zahl der in den einzelnen Jahren in Behandlung gelangten, ohne dafs man aber daraus etwa bestimmte Schlüsse ziehen darf. Die Schlufsfolgerungen enthalten die sich aus der Statistik ergebenden Resultate.

Betreffs der Infektiosität tertiärer Erscheinungen glaubt der Vortragende, dafs eine Revision in unseren Anschauungen erfolgen müfste, die doch dahin gehen

dieselbe zu leugnen. Besonders sind die gummösen Erscheinungen an den Genitalien in dieser Hinsicht doch suspekt, wie folgender Fall beweist: Der Mann ist vor drei Jahren inficiert, einmal behandelt, heiratet, die Frau bleibt gesund, gebärt zwei gesunde Kinder. Acht Jahre nach der Infektion, nach sechsjähriger Ehe bekommt der Mann eine gummöse Ulceration am Penis, die schlecht heilt. Zwei Monate später zeigt die Frau ein makulo-papulöses Exanthem. Beim Manne stellen sich ein halbes Jahr später Orchitiden ein.

Schlufsfolgerungen:

1. Die tertiäre Syphilis wurde in den Jahren 1864—81 bei 12,4—22% aller im Kommunehospital zu Kopenhagen behandelten Syphilitiker beobachtet.

2. Tertiäre, wie sekundäre Syphilis war bei Männern um 10% häufiger, als bei Weibern; die letzteren sind also nicht, wie man behauptet hat, für tertiäre Symptome prädisponiert.

3. Am häufigsten werden tertiäre Erscheinungen an der Haut konstatiert (385 reine kutane und 139 gemischte Haut- und Knochenerkrankungen); in zweiter Reihe folgen die ulcerativen und destruktiven Prozesse der Zunge, des harten und weichen Gaumens, der Nase, des Larynx, Pharynx und der Trachea (390), in dritter die Erkrankungen des Nervensystems (261). Thatsächlich sind die letzteren die weitaus häufigsten, entgehen aber zum grofsen Teil der Beobachtung der Syphilidologen (bei Zurechnung der Tabes dorsalis, Paralysis generalis und Encephalopathia syphilitica steigt die Zahl der luetischen Nervenerkrankungen auf 463). In vierter Reihe kommen die Affektionen des Bindegewebes (180); die Häufigkeit der Syphilis der inneren Organe ist nicht zu eruieren.

4. Die häufigste Ursache des Tertiärwerdens der Syphilis ist die ausbleibende oder mangelhafte Quecksilberbehandlung.

Meine Statistik weist in dieser Beziehung folgendes auf:

In 107 Fällen (7,12%) konnte die frühere Behandlung nicht eruiert werden.

In 665 Fällen (43,64%) waren die Patienten nie früher mit Quecksilber behandelt worden. In 606 Fällen (40,38%) war nur der erste Ausbruch mit Quecksilber behandelt worden. In 133 Fällen (8,86%) waren zwei oder mehrere Ausbrüche mit Quecksilber behandelt worden.

5. Die tertiäre Syphilis hat ihre gröfste Häufigkeit in den ersten vier Jahren nach der Infektion.

In meiner Statistik erreicht sie das Maximum schon im zweiten Jahre nach der Infektion. Jenseits des 20. Jahres nach der Infektion wird sie eine grofse Seltenheit; in meiner Statistik sind aber einige Fälle vorhanden, in denen sie mehr als 40 Jahre nach der Infektion aufgetreten ist.

von Marschalko-Breslau: **Statistische Beiträge zur tertiären Lues.** Da der Vortrag nicht gehalten, gebe ich nur seine Schlufsfolgerungen wieder:

1. Unsere Statistik umfafst 673, sehr sorgfältig ausgewählte Fälle tertiärer Syphilis, und zwar: 319 klinisch-poliklinische Fälle und 354 Fälle aus Prof. Neissers und meiner Privatpraxis.

2. Die Zahl der Männer zu der der Frauen verhält sich bei den klinischen Fällen, wie 54,6 : 45,4%, in der Privatpraxis wie 89,7 : 70,3%.

3. Was die Zeit des Auftretens der tertiären Syphilissymptome nach der Infektion betrifft, so ist dieselbe bereits im ersten Jahre eine ziemlich beträchtliche und erreicht im dritten Jahre ihr Maximum.

4. Art und Häufigkeit der Früherscheinungen stehen in gar keinem bestimmten Verhältnis zum Auftreten der tertiären Symptome.

5. Unter den von mir zusammengestellten tertiären Formen befinden sich:

	Klinisches und poliklinisches Material		Privatmaterial	
	Männer %	Frauen %	Männer %	Frauen %
a) Gar nicht allgemein behandelte	53,5	73,54	24,2	51,6
b) Mit höchstens zwei Kuren behandelte...........	42,6	22,97	66,5	40,0
c) Mit drei und mehr Kuren unregelmäſsig behandelte	0,65	0,57	6,3	8,4
d) Zwei Jahre lang chronisch intermittierend behandelte	1,95	—	1,3	—
e) Mehrere Quecksilberkuren, aber erst viele Monate nach der Infektion	1,3	2,85	1,8	—

6. Aus den vorhergehenden Zahlen glaube ich trotz aller Einwände, die gegen derartige „tertiäre Statistiken" mit mehr oder weniger Recht gemacht werden können, schlieſsen zu dürfen, daſs der wesentlichste Faktor für das Zustandekommen der tertiären Syphilis eine fehlende oder ungenügende Behandlung im Frühstadium der Syphilis ist.

Derartige Statistiken in Verbindung mit den übrigen Erfahrungen, die wir über die Wirksamkeit des Quecksilbers gegenüber dem syphilitischen Virus kennen, weisen darauf hin, daſs eine energische, möglichst frühzeitig einzuleitende, chronische, durch Jahre hindurch mit Pausen fortzusetzende Quecksilberbehandlung in allen Fällen durchzuführen sei.

Diskussion:

Petersen-Petersburg: Bisher waren wir überzeugt, daſs das gummöse Stadium nicht infektiös ist, wir müssen auch an dieser Überzeugung durchaus festhalten. Darüber, was tertiär ist, sind unsere Ansichten doch verschieden. Er hat nur einmal eine Übertragung sieben Jahre nach der Infektion gesehen.

Caspary-Königsberg: So frühe tertiäre Symptome (im zweiten Jahre nach der Infektion) sind doch sehr selten. Der Fall von Ehlers von Übertragung durch gummöse Prozesse erinnert an eine Reinfektion.

Lang-Wien: Die Schwankungen in der Kurve über die Häufigkeit der Fälle beweisen doch, daſs bei solchen Statistiken der Zufall sehr viel mitspielt. Dieselben haben für die vorliegenden Fragen wenig Wert. Nur wenn wir alle Patienten fortlaufend beobachten könnten, würde der Statistik ein Wert beizumessen sein.

Ehlers-Kopenhagen bekennt sich in Wirklichkeit als ein Feind solcher Statistiken. Daſs die tertiären Symptome in den ersten Jahren am häufigsten sind, davon ist er fest überzeugt. In der Kurve über die Häufigkeit der Fälle handelt es sich durchweg um frische Infektionen.

Petersen-Petersburg: **Spermatocystitis als Komplikation der Urethritis.** Die Spermatocystitis bei Gonorrhoe wird fast gar nicht beachtet. Das liegt daran, daſs man sich schwerer zu Analuntersuchungen als zu Vaginaluntersuchungen zu entschlieſsen pflegt. Die Lage und Gröſse der Samenbläschen wird auch gewöhnlich nicht richtig geschildert. Er hat darüber genauere Untersuchungen angestellt, über die er kurz berichtet. Die Häufigkeit der Spermatocystitis gonorrhoica ist nicht bekannt, jedoch kommt sie zweifellos häufiger vor, als man anzunehmen pflegt. Von 200 Fällen aus der Poliklinik und Privatpraxis zeigten in ersterer 20 %, in letzterer 10 % Prostatitis. Spermatocystitis wurde in acht Fällen, d. h. in 4 % festgestellt. Schluſssätze:

1. Die Spermatocystitis gonorrhoica ist eine häufige Erkrankung.

2. In jedem Falle von Prostatitis und Epididymitis mufs auf die Samenbläschen geachtet werden.

Diskussion:

Lang-Wien hat die Erkrankung der Samenbläschen bei Gonorrhoe häufig beobachtet, besonders im Anschlufs an Epididymitis. Die Entzündung führt aber nur sehr selten zur Eiterung, er hat nur einen einzigen Fall gesehen. Ob die Spermatocystitis sich häufig an Prostatitis anschliefst, ist ihm unbekannt.

von Sehlen-Hannover hat oft Entzündungen von Samenbläschen bei Gonorrhoe gefunden.

Neisser-Breslau läfst bei Gonorrhoea posterior stets das Prostatasekret untersuchen.

Kollmann-Leipzig hat in subakuten und chronischen Fällen stets die Samenbläschen und die Prostata untersucht. Die Diagnose zwischen Prostatitis und Spermatocystitis ist schwer, da beim Ausdrücken des Sekrets der Samenbläschen das Sekret der Prostata mit ausgedrückt wird. Es giebt aber ein histologisches Moment, welches die Herkunft des Sekrets aus den Samenbläschen kennzeichnet. Es sind das eigentümlich geformte, abenteuerliche Elemente, die man unter dem Mikroskope findet.

Hochsinger-Wien: **Kongenitale Syphilis und Tuberkulose.** Die beiden Infektionskrankheiten Syphilis und Tuberkulose kommen beide schon bei kleinen Kindern als Mischinfektion vor, und diese kann angeboren sein. Der Vortragende berichtet über drei von ihm in den ersten Lebenstagen, resp. Monaten, beobachtete Kinder, die neben zweifellos luetischen Erscheinungen mehr oder weniger ausgedehnte Tuberkulose innerer Organe zeigten, welche histologisch und durch den Befund von Tuberkelbacillen als solche zweifellos nachgewiesen werden konnte. Die Fälle lehren, dafs kongenital-luetische Kinder knotige und käsige Veränderungen innerer Organe zeigen können, die auf Tuberkulose beruhen. Es können diese Fälle auch gar nicht so sehr selten sein, da er alle drei in einem Jahre gesehen hat. Man hat derartige käsige Veränderungen ja auch oft beobachtet, sie aber stets als Gummata aufgefafst.

Erhöhtes Interesse erhalten die Befunde dadurch, dafs wir zwei Infektionskrankheiten nebeneinander bei so kleinen Kindern haben. Dafs die Lues angeboren ist, darüber herrscht ja kein Zweifel; anders aber steht es um die Tuberkulose. Ist auch diese angeboren?

Rindfleisch fand ein neugeborenes Kind durchweg tuberkulös. Experimentell hat man bei Tieren Tuberkulose bei den Nachkommen tuberkulös gemachter Mütter erzeugt.

Baumgarten steht auf dem Standpunkt, dafs eine direkte Vererbung der Tuberkulose stattfindet, einem Standpunkt, den der Vortragende durchaus zu teilen geneigt ist. Wo in den ersten Lebenstagen chronische Tuberkulose stattfindet, da ist es sicher, dafs die Entstehung des Leidens intrauterin vor sich gegangen ist.

Besonders auffallend ist bei den beobachteten Fällen die hochgradige Veränderung der Leber, was auf direkte Invasion der Bacillen durch die Lebervenen deutet. Der Vortragende geht dann in sehr interessanten Ausführungen auf die histologischen Merkmale der kongenitalen Tuberkulose, auf die Frage der Übertragung auf placentarem Wege (Durchgängigkeit der Placenta für Mikroorganismen) ein, und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Mischinfektion zwischen vererbter Syphilis und Tuberkulose kommt schon im frühesten Kindesalter zur Beobachtung.

2. Diese Mischinfektion kann — infolge gleichzeitiger hereditärer Übertragung von Syphilis und Tuberkulose auf ein und dieselbe Frucht — angeboren sein.

3. Käsige Knoten in inneren Organen kongenital-syphilitischer Kinder sind erst dann als Gummata syphilitica anzusprechen, wenn sie sich bei der mikroskopischen Untersuchung als nicht tuberkel-bacillenhaltig erweisen.

4. Als hereditär-syphilitische Pneumonien sind lediglich die interstitiellen, wirklich granulomatösen und durch Vasculitis ausgezeichneten Entzündungen des Lungengerüstes neugeborener und ganz junger Kinder anzuerkennen.

5. Die Pneumonia alba hat mit Verkäsung nichts gemein. Käsige Lungeninfiltrate hereditär-syphilitischer Säuglinge beruhen auf Mischinfektion zwischen Syphilis und Tuberkulose.

Riehl-Wien: **Klinische und histologische Beiträge zur Hauttuberkulose.** Die bekannten Bilder der Hauttuberkulose, Lupus, Scrophuloderma, Tuberculosis verrucosa etc., erschöpfen dieselbe nach des Redners Ansicht immer noch nicht. Einzelne Fälle werden zur Erläuterung citiert. Ein Mann zeigt nach einer Verletzung eines Fingers eine serpiginöse Hautaffektion, umgeben von gummaähnlichen Knoten, die sich als tuberkulös erwiesen. Derartige „Gommes scrophuleux" sind in die Reihe der primären tuberkulösen Erkrankungen zu stellen. Bei einer Frau entstehen nach einer Amputation des Oberschenkels wegen Tuberkulose im Kniegelenk am Stumpfe grofse Knoten und Wucherungen, die mehr als zwei Drittel des Oberschenkels bedecken. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Tuberkulose. Es ist diese Form weder mit dem Scrophuloderma noch mit Lupus zu identificieren. Sie erinnert an die Hautveränderungen fungöser Natur, welche man beim Durchbruch fungöser Gelenke sieht. Der Vortragende schlägt für dieselbe den Namen „Fungus" vor. Eine dritte, eigentümliche Form der Tuberkulose zeigte eine Frau am Anus in Gestalt eines Tumors, der ein Fibrom darstellte, sich aber als vollkommen durchsetzt von Tuberkelknoten erwies. Das ganze war noch kompliciert durch einen Naevus. Der Vortragende will diese drei Formen als Typen bisher nicht bekannter Äufserungen der Hauttuberkulose festhalten.

Diskussion.

Pick-Prag fragt, ob im dritten Falle Darmtuberkulose nachweisbar war; wenn das der Fall wäre, ist ihm das Bild bekannt. Er hat solche fibromatöse Knoten mit tuberkulösen Herden am Anus gesehen.

Der zweite Fall, welchen Riehl als Fungus bezeichnet wissen will, hat er stets als Scrophuloderma aufgefafst. Er habe eben die Grenzen dieser Bezeichnung weiter gezogen und unter dieselbe manch anderes Bild subsumiert. Jedoch hält auch er eine Sichtung in dieser Beziehung für durchaus nötig.

Riehl-Wien glaubt, dafs es besser ist, den Ausdruck „Fungus" neu einzuführen, da wir ja unter dem Begriff „Scrophuloderma" etwas ganz Bestimmtes verstehen.

Touton-Wiesbaden findet die Kombination von Fibrom und Tuberkulose ganz besonders Interesse erregend. Er fand in einem fibromatösen Polyp der Rachenhöhle, der mittelst Galvanokauter abgetragen war, an der Brennfläche Tuberkelherde. Der Mann litt an einem Lupus vulgaris; die den Tumor überziehende Schleimhaut aber war ganz normal.

Ehrmann-Wien: **Über die Lymphgefäfse des männlichen Genitale im normalen Zustande und bei Erkrankungen.** Der Vortragende giebt Erläuterungen zu den von ihm aufgestellten Präparaten. Er hat dieselben gewonnen dadurch, dafs er eine verdünnte Leimlösung in die Arterien und nachher eine ziemlich konzentrierte Berlinerblau-Masse injicierte, wodurch es ihm gelang, die Lymphgefäfse der männlichen Genitalorgane zu füllen. In den Präparaten sieht man auch, dafs die Lymphgefäfse umsponnen sind von feinen Blutgefäfsen. Entlang diesen Gefäfsen scheint

ihm die Verbreitung von infektiösen Stoffen zu erfolgen. Seine Versuche sind der Excision der Sklerose vom theoretischen Standpunkte aus nicht günstig.

Fabry-Dortmund: **Über Urticaria pigmentosa.** Der Vortragende berichtet über einen Patienten, der von Kindheit auf an Urticaria pigmentosa leidet, jedoch hat sich die Pigmentierung erst später eingestellt; anfangs blieb keine Pigmentierung zurück, wenn auch die Efflorescenzen oft monatelang persistierten. Es bestand daneben eine ausgesprochene Urticaria factitia. Die Diagnose ist von Doutrelepont bestätigt. Die mikroskopische Untersuchung excidierter Stücke ergab nun subkutan und im Corium starke Hämorrhagien, welche besonders in der Nähe der kleinen Arterien und der Schweifsdrüsen zu finden waren. Die Unnaschen Mastzellen waren, wenn auch nicht in der Menge, wie sie Unna angiebt, vorhanden; man fand sie vornehmlich in der Umgebung der hämorrhagischen Herde, so dafs ein Zusammenhang zu bestehen scheint. Das Rete Malpighii ist hyperplastisch. Ähnliche Angaben über Blutherde sind schon von Pick gemacht. — Vorlegung von Präparaten. — Schlufssätze:

1. In dem beobachteten Falle sind die persistierenden Urticariaflecken hervorgerufen zum grofsen Teil durch Hämorrhagien im subkutanen Bindegewebe.

2. Die Annahme, es handle sich bei diesen Hämorrhagien etwa um Artefacta, die bei der Excision zu stande gekommen sind, ist mit Sicherheit auszuschliefsen.

3. Der bisher nur von Pick bei Urticaria pigmentosa gemachte pathologisch-anatomische Befund von Hämorrhagien findet durch unsere Beobachtung die erste Bestätigung; neben den Hämorrhagien fanden sich in unseren Präparaten zahlreiche Mastzellen.

4. Aus diesen Gründen, in gleichzeitiger Verwertung der klinischen Erhebungen, liegt ein Fall von Urticaria xanthelasmoides vor, mit einem von der gröfsten Mehrzahl der in der Litteratur sich vorfindenden diesbezüglichen Publikationen abweichenden pathologisch-anatomischen Befunde; auch mit dem Pickschen Falle deckt sich mein Fall keineswegs in jeder Beziehung

Jadassohn-Breslau stellt einen Fall von Urticaria pigmentosa vor, der allerdings zahlreiche, aber nur wenig ausgesprochene Pigmentierungen aufweist. Im mikroskopischen Bilde fand er zahlreiche Mastzellen, aber nicht in Haufen zusammenhängend; Hämorrhagien sah er nicht.

Joseph und Caspary weisen auf die von ihnen veröffentlichten Fälle hin.

5. und 6. Sitzung, den 16. Mai 1894.
In der Dermatologischen Klinik.

Wenn Breslau eine so grofse Anziehungskraft auf die Dermatologen ausgeübt hat, so ist das nicht zum wenigsten der neuen dermatologischen Universitätsklinik und deren Leiter zuzuschreiben. Es war deshalb eine aufserordentlich glückliche Idee des letzteren, als Festgabe den Teilnehmern eine Schrift zu überreichen: „*Die neue dermatologische Klinik in Breslau*“, welche neben einer Schilderung der Anstalt und ihrer Vorgeschichte Bemerkungen über den Unterricht in der Dermatologie und Syphilodologie an den deutschen Universitäten enthält. Es bildete die Besichtigung der Klinik einen der interessantesten Momente in dem Kongresse, und ich mufs deshalb eine Schilderung dieser musterhaften Anstalt hier einfügen:

Die Klinik steht auf dem Terrain der übrigen klinischen Bauten, auf einem schönen Platze. Es ist die erste Anstalt, welche in einem selbständigen Bau untergebracht ist. Dieselbe besteht aus einem Untergeschofs, einem Erdgeschofs, einem

ersten Stockwerke und einzelnen Räumen im Dachgeschofs. Die Krankenräume, 77 Betten für Erwachsene und 12 für Kinder enthaltend, nehmen das gesamte erste Stockwerk und die Seitenflügel des Erdgeschosses ein. Es bestehen drei Klassen: in den ersten beiden ist die Verpflegung die gleiche, nur haben die Patienten erster Klasse Einzelzimmer. Für künftige Bauten rät Neisser übrigens, eine strikte Trennung der Privatkrankenzimmer von den Kranken dritter Klasse auch räumlich durchzuführen. Es sind vier Zimmer erster und vier Zimmer zweiter Klasse vorhanden; eins von diesen enthält die Einrichtung zu einem permanenten Bade so, dafs die Patienten mittelst einer Hebevorrichtung leicht aus dem Bade in ihr Bett gebracht werden können. Im ersten Stockwerke befindet sich dann noch ein allen modernen Anforderungen entsprechendes Operationszimmer, in welches die Kranken mittelst eines unter jedes Bett zu schiebenden, vierräderigen Wagens gebracht werden. Die sechs Zimmer dritter Klasse sind in vier Stationen geteilt und enthalten im ganzen 64 Betten für Erwachsene und 12 Betten für Kinder. Männer und Frauen sind in verschiedenen Flügeln untergebracht; Haut- und Geschlechtskranke sind, soweit es durchführbar ist, getrennt. Neben jeder der vier Stationen befindet sich je ein Wartezimmer und je ein Verband- und Abfertigungszimmer, eine Einrichtung, die sich sehr bewährt hat. Jeder Seitenflügel enthält noch einen Baderaum und zwei Klosetts. Neben den fünf Badezimmern sind zwei Dampfbäder vorhanden, die auch als Trockenluftbäder benutzt werden können; auch sind zwei Schwitzapparate aufgestellt und Douscheeinrichtungen in reichlichem Mafse angelegt. Drei kupferne und verzinnte Wannen sind für permanente Bäder eingerichtet. Die Krankensäle haben eichene, in heifsem Asphalt verlegte Kiemenböden, die übrigen Zimmer kieferne, Flure etc. Terrazzoböden. Die Wände der Krankenräume sind ganz mit Ölanstrich versehen. Zu jedem Zimmer geht eine Leitung von warmem und kaltem Wasser. Die Heizung erfolgt durch eine Vereinigung von Feuer-Luftheizung und Stubenofenheizung; sie wird als besonders praktisch gerühmt.

In vorzüglicher Weise ist für die poliklinischen und die wissenschaftlichen Untersuchungs- und Arbeitsräume gesorgt, die den gesamten Mittelbau des Erdgeschosses und einen Teil des Untergeschosses einnehmen. Die Abfertigungszimmer der Poliklinik sind beide durch eine Wand geteilt; der Warteraum ist allerdings für Männer und Frauen gemeinschaftlich, was wohl ein Fehler ist. Als Arbeits- und Mikroskopierräume dienen drei in Verbindung stehende Zimmer mit sehr guter Beleuchtung. Aufserdem befinden sich im Untergeschofs: ein Tierstall, ein Sterilisationszimmer mit Apparat von Lautenschläger, der mit dem Zentraldampfkessel in direkter Verbindung steht, ein Untersuchungszimmer (für Sektionen, bakteriologische Vorarbeiten etc.), ein kleines Zimmer mit drei Brütöfen. Ein Bibliothekzimmer für Bücher und Moulagen (aus Paris, Lille und Wien), ein Zimmer für den Direktor, ein Zimmer für Aufbewahrung von Lehrmitteln etc. fehlen nicht. Der Hörsaal ist ziemlich klein, enthält nur 68 Sitzplätze, die aber sehr praktisch angeordnet sind, so dafs jeder leicht die vorgestellten Kranken sehen kann. Im Dachgeschofs befinden sich die Räume und die Apparate für photographische Aufnahmen, eine Wohnung für den Assistenzarzt etc.

Neben der Poliklinik in der Klinik selbst ist diejenige im Allerheiligenspital nach wie vor in den Händen des Prof. Neisser geblieben.

Behandelt wurden klinisch vom 1. Oktober 1892 bis zum 1. Oktober 1893 609 Männer und 290 Frauen, poliklinisch vom 1. Januar 1893 bis 1. Oktober 1893 im ganzen 3660 Personen.

Der letzte Tag war ausschliefslich für Demonstrationen und mit solchen verbundene Vorträge reserviert; allseitig wurde gerade dieser

Verhandlungstag besonders willkommen geheifsen. Das schöne Material der Breslauer Klinik bot vieles lehrreiche, und besonders waren es die Fälle mit ungewissen Diagnosen — und an solchen ist bekanntlich um so weniger Mangel, je gewissenhafter, gründlicher und erfahrener der Dermatologe ist —, welche zu höchst instruktiven und anregenden Diskussionen Veranlassung gaben. Dafs der Leiter diese Fälle der Versammlung nicht vorenthalten, dafs er oft mit Zähigkeit an der Unklarheit der Diagnose gegenüber den mit mehr oder weniger Sicherheit ausgesprochenen Diagnosen festhielt, dafür gebührt ihm besonderer Dank. Es ist mir nicht möglich, über all die vorgestellten Fälle zu berichten, zumal oft mehrere gleichzeitig diskutiert wurden, ich werde aber soviel wie möglich auch über sie mitteilen.

5. Sitzung.

Vorsitzender: Prof. Lesser.

Jadassohn-Breslau demonstriert folgenden Fall: Der jetzt 30jährige Kranke giebt an, dafs sein Hautleiden im sechsten Lebensjahre plötzlich entstanden sei; er habe damals neben Jucken so starke Schuppung gehabt, dafs das Bett morgens mit Schuppen bedeckt war. So sei es bis zum 25. Jahre geblieben. Dann liefs die Exfoliation nach. Seit 3—4 Jahren begann ein Schrumpfungsprozefs an der Haut der Hände und Füfse, so dafs er sein Handwerk als Maler aufgeben mufste. Der magere Kranke ist tuberkulös. Die Haut ist nicht gerötet, mit kleinen Schuppen bedeckt; die Haut an den Händen und Füfsen ist verdünnt, geschrumpft, aber noch faltbar. Die Lymphdrüsen sind etwas vergröfsert. Gesicht und Kopf waren früher auch ergriffen, sind aber mit der Zeit normal geworden. Nervensystem normal. Die mikroskopische Untersuchung excidierter Stücke ergab nichts wesentliches: wenig Pigment, Rundzelleninfiltration um die Gefäfse, scheinbare Vermehrung der elastischen Fasern. Welche Diagnose? Sklerodermie ist bei der Faltbarkeit der Haut auszuschliefsen, ebenso Ichthyosis wegen der Anamnese und der Schrumpfung. Gegen Pityriasis rubra spricht die fehlende Röte, der geringe Pigmentgehalt.

Kaposi-Wien fast den Fall als Ichthyosis auf; dafür spricht die nach unten zunehmende Schuppenbildung das Freisein der Armgelenke, das Befallensein der Kniegelenke. Auf die Angabe, dafs das Leiden im sechsten Lebensjahre begonnen, ist nichts zu geben. Die früher so starke Schuppung ist zu erklären durch ein komplicierendes Ekzem. Die Schrumpfung ist am schwersten zu erklären. Diese kommt aber bei allen ausgebreiteten Hautleiden vor, die lange Jahre bestehen (Ekzem, Pityriasis rubra, Psoriasis universalis). Die Diagnose lautete also: Ichthyosis, Ekzem, Schrumpfung.

Behrend-Berlin hält die Schrumpfung bei Ichthyosis nicht für so selten; er hat einen Fall von Ichthyosis congenita mit starker Atrophie gesehen.

Ehlers-Kopenhagen: Könnte es sich nicht doch um ein Endstadium von Psoriasis mit Dermatitis exfoliativa generalisata handeln?

Joseph: **Über eine ungewöhnliche Form von Ichthyosis.** Unter Demonstration von Abbildungen berichtet der Vortragende über einen Fall von Ichthyosis an den Beugeseiten. Es war zweifelhaft, ob es sich nicht um eine Darriersche Dermatose handelte, jedoch gab die mikroskopische Untersuchung den Ausschlag zu Gunsten der Ichthyosis. Vielleicht sind manche Fälle, die unter verschiedenen Namen (Acanthosis nigricans etc.) beschrieben sind, nur ungewöhnliche Lokalisationsformen der Ichthyosis.

Herxheimer-Frankfurt a. M.: Bei der Darierschen Dermatose ist der primäre Knoten die Hauptsache für die Diagnose.

Janowski-Prag: Die von Joseph erwähnte Acanthosis nigricans ist wohl doch von der Ichthyosis abzutrennen.

Staub-Posen stellt einen Fall von **Erythromelalgie** vor. Es handelt sich um einen 22 Jahre alten Studenten der Medizin, der bis auf eine Neigung zu Urticaria, etwas Migräne und Schwindelanfälle stets gesund war. Im Winter 1893 trat eine Schwellung von zwei Fingern der linken Hand ein; dieselben röteten sich, sahen wie erfroren aus, waren sehr schmerzhaft. Schwellung und Schmerzen liefsen nach, eine leichte Röte blieb zurück. Dezember 1893 ein neuer Schub. Bei genauer Untersuchung erwiesen sich jetzt die Knochenteile schmerzhaft und deutlich angeschwollen; man fühlt osteophytäre Bildungen. Nach Natrium salicylicum schien der Prozefs schnell zurückzugehen, dann kam aber ein neuer Schub, beginnend mit kleinen Papeln und Erscheinungen am Knochen. Jetzt soll Natrium salicylicum in gröfseren Dosen gegeben werden, wovon sich der Vortragende Erfolg verspricht. Über die Kombination von Knochenschwellungen mit Hautveränderungen ist wenig bekannt. Der Vortragende fafst die entzündlichen Erscheinungen am Knochen als das Primäre auf, diese haben die Erscheinungen der Erythromelalgie ausgelöst. Derselbe Fall ist übrigens von G. Lewin-Berlin als Erythromelalgie zentralen Ursprungs aufgefafst; der Vortragende kann aber diesen Standpunkt nicht teilen.

Schlufsfolgerung: Die Symptome der Erythromelalgie, die nach Ansicht der meisten Autoren auf Erkrankung der Nervenbahnen in der Peripherie oder im Zentrum, sei es funktioneller, sei es organischer Natur, beruhen, können auch durch entzündliche Prozesse an den peripheren Knochen unter Beteiligung der bedeckenden Hautpartien hervorgerufen werden.

Heller-Charlottenburg hat den Fall bei G. Lewin gesehen, verzichtet aber mit Rücksicht auf den anwesenden Patienten auf eine Motivierung der von Lewin gestellten Diagnose.

Arning: **Demonstration zur Frage der visceralen Lepra.** Unter Vorzeigung zahlreicher anatomischer Präparate spricht der Vortragende über die bei Lepra gefundenen knotigen Veränderungen in den Eingeweiden, die von den meisten Autoren als tuberkulöse angesehen werden. Jedoch ist schon das submiliare Knötchen durch seine weifse, nicht einer Verkäsung entsprechende Farbe, seine Härte deutlich von tuberkulösen Knötchen zu unterscheiden. Er resumiert: Neben den bekannten Formen der Eingeweide-Lepra scheint es noch eine Leprosis viscerum zu geben, welche nur schwer von Tuberkulose zu unterscheiden ist und welche besonders die serösen Häute der Brust- und Bauchhöhle, den Dickdarm, Milz und Leber, sowie die Lunge befällt, hingegen die serösen Häute des Zentralnervensystems und der Gelenke freiläfst.

Herxheimer-Frankfurt a. M. empfiehlt bei dieser Gelegenheit das Formol, eine 40%ige wässerige Lösung von Formaldehyd, zur Konservierung von Präparaten.

Schaeffer-Breslau demonstriert aus den vorgezeigten leprösen Organen hergestellte mikroskopische Präparate. Auch in diesen ist die Unterscheidung zwischen Lepra und Tuberkulose noch sehr schwierig. Man sieht herdförmige Stellen, in der Mitte verkäst, umgeben von massenhaften Riesenzellen. Letztere betrachten ja viele als ausschlaggebend für die Tuberkulose. Hansen bestreitet überhaupt, dafs es Riesenzellen sind, er glaubt, es seien quergetroffene Blutgefäfse mit gewuchertem Epithel. Jedoch ist diese Ansicht durch Serienschnitte leicht zu widerlegen. Übrigens sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen.

Petersen-Petersburg schliefst sich den Ansichten Arnings durchaus an und bestätigt seine Befunde.

Hochsinger-Wien glaubt, daſs die Präparate mit Ausnahme eines ein Bild bieten, welches von Tuberkulose nicht zu unterscheiden. Dennoch könne eine viscerale Leprose von der visceralen Tuberkulose getrennt werden.

Arning-Hamburg weist darauf hin, daſs er bei der visceralen Lepra stets die pia mater frei gefunden habe, welche ja bei ausgebreiteter Tuberkulose sehr häufig ergriffen ist.

Neisser-Breslau demonstriert einen Fall von **Pityriasis rubra pilaris**, der schon in Leipzig vorgestellt ist. Einen gleichen Fall führt Galewski vor.

Neisser-Breslau stellt einen Patienten vor, der vom **Lichen ruber acuminatus** geheilt ist und zahlreiche ausgedehnte Dekolorationen zeigt. (Arsenwirkung? Chrysarobinwirkung?)

Chotzen-Breslau: Fall von **Lichen ruber planus.**

Kaposi-Wien bemerkt zu einem von Neisser demonstrierten eigentümlichen Fall: Es handelt sich um einen jungen Menschen mit groſsen, geröteten (rosafarbigen), scharf umschriebenen Flecken, die eine groſse Zahl minimaler Erhebungen tragen. Es besteht an diesen Stellen sicher eine Gefäſsparese. Andere Stellen zeigen das Endstadium des Prozesses in Gestalt scharf begrenzter Entfärbungen der Haut. Der Prozeſs erinnert an Vitiligo, nur ist die vorausgehende Röte, die Gefäſsparese, etwas noch nie Beobachtetes. Es wirft der Fall vielleicht etwas Licht auf die Entstehung der Vitiligo, ist es doch sonst ganz unklar, warum die Epidermis die Fähigkeit, Pigment zu bilden, verliert.

Neisser-Breslau weist darauf hin, daſs man auch an Lichen ruber planus denken könne; Hallopeau habe einen ähnlichen Fall veröffentlicht. An eine Gefäſsparese glaubt er nicht, das Primäre scheint doch hier ein entzündlicher Prozeſs zu sein. Bemerkenswert ist auch die bei den Patienten bestehende Urticaria factitia (Dermographie).

Herxheimer-Frankfurt a. M. erinnert an die im Beginne der doch auch mit Pigmentverlust einhergehenden Alopecia areata oft vorhandene Gefäſsparese.

Mikulicz-Breslau demonstriert zwei Fälle von **Hauttransplantation bei groſsem Ulcus cruris nach Krause.** Nachdem man nach wochenlanger Behandlung eine reine, granulierende Geschwürsfläche erzielt, umschneidet man die harten narbigen Ränder und excidiert dieselben. Dann präpariert man am Oberschenkel lange, ca. vier Finger breite Hautstreifen von der Fascie ab, entfernt mit der Schere das Fettgewebe und legt sie auf die Wundfläche; nur selten sind einige Nähte notwendig; leicht komprimierender Verband. Bei der ganzen Operation müssen Antiseptica streng gemieden werden. Die Lappen heilen anstandslos an; die Epidermis stöſst sich ab, die Cutis bleibt intakt und bedeckt sich später mit neuer Epidermis. Von 11 schweren Fällen sind 10 so vollkommen geheilt.

Mikulicz-Breslau: **Über die chirurgische Behandlung der Hautangiome.** Bei Naevus vascularis und pigmentosus ist die Excision natürlich das beste. Wo das nicht geht, hat der Vortragende versucht, die oberflächliche Cutisschicht und die Epidermis abzutragen, um statt des Naevus eine farblose Narbe zu erzielen, die immer noch besser aussieht, als der Naevus. Operiert wird mit einem Mikrotommesser und lieber zu wenig als zu viel mit flachen Schnitten abgetragen. Stillung der Blutung durch Kompression. Trockener Verband. Asepsis, keine Antisepsis. Die anfangs rötliche Narbe wird mit der Zeit blasser.

Saalfeld-Berlin: **Die Untersuchung der Haut durch phaneroskopische Beobachtung und Glasdruck.** Der Vortragende erläutert kurz die Anwendungsweise und die Vorteile des Glasdrucks und des Phaneroskops, besonders mit Rücksicht auf Lupus vulgaris. Von anderen Leiden hebt er das Erysipel hervor, bei dem

es durch diese Methoden gelingt, genau die Stellen des Randes, an welchen der Prozefs erloschen ist, von denen abzugrenzen, an denen er noch fortzuschreiten im Begriff ist, was für die Therapie von grofsem Werte ist. Er resumiert:

1. Der Glasdruck und die Phaneroskopie sind als Untersuchungsmethode bei Hauterkrankungen ein wertvolles Hülfsmittel für die Diagnose.

2. Beim Lupus vulgaris ist der Glasdruck und die phaneroskopische Beleuchtung ein unentbehrliches Hülfsmittel für eine Reihe von Fällen (Anfangsstadium und frische Eruptionen), für die Ausdehnung der Affektion und für die Beurteilung der Heilungsvorgänge.

Es werden noch vorgestellt: Ein Fall von **Xeroderma pigmentosum** und ein Fall von **Lupus nach Vaccination,** vielleicht entstanden durch Antoinfektion von einem Ohrleiden.

Geschäftliche Sitzung.

Es sind neu aufgenommen 39 Mitglieder, 9 weitere haben sich jetzt gemeldet.

Der nächste Kongrefs soll 1896 in Graz stattfinden.

6. Sitzung den 16. Mai, 2 Uhr nachmittags.

Im Anschlufs an einen Fall von **Eccema folliculare** entwickelt sich eine nichts Neues bringende Diskussion, wobei die Begrenzung des Begriffes Lichen wieder erörtert wird. Pick-Prag betont, dafs es Ekzemarten mit lichenoider Form giebt, es sind dieses abortive Formen des papulösen Ekzems.

Jadassohn - Breslau erinnert an das Eccema folliculare Malcolm Morris (Besnier); man könnte solche Fälle auch bezeichnen als Folliculitis aggegrata non suppurativa.

Als **Lichen-Psoriasis** führt Neisser-Breslau einen Fall von lichenoider Affektion über den ganzen Körper vor, welche seit sechs Jahren besteht.

Daran knüpft Neuberger-Nürnberg seinen Vortrag **„Beitrag zur Kasuistik des Lichen ruber"**. Er hat in Nürnberg neun sichere Fälle von Lichen ruber planus gesehen, darunter vier abnorm verlaufende. Die Schilderung der Efflorescenzen bei Lichen planus, soweit er die Litteratur durchsucht, ist keine einheitliche. Es bestehen grofse Differenzen, die Ansichten gehen sehr auseinander. Der Vortragende hat einen Fall gesehen mit papillomatösen Wucherungen und Infiltrationszonen. Ein anderer hatte den Charakter des Lichen moniliformis, ein dritter zeigte einen Streifen von Lichenknötchen am Dorsum manus. Beim vierten Falle, der stets als Lues behandelt war, traten neben dem Lichen Pemphigusbläschen auf. Dafs beim Lichen ruber planus stets Jucken besteht, ist auch nicht richtig.

Lesser-Bern fragt, ob der letzte Fall mit Arsen behandelt sei, in diesem Falle wäre die Bläschenbildung möglicherweise Arsenwirkung.

Neuberger-Nürnberg bejaht die Frage.

Neisser - Breslau glaubt, dafs Neuberger den Begriff Lichen ruber planus ausdehnen will auf alle Lichenfälle; das ist aber zu weit gegangen, mögen auch diese Zustände untereinander verwandt sein.

Ein Fall von **vorgeschrittener Sklerodermie** an Händen, im Gesichte etc. wird von Neisser-Breslau vorgestellt; er ist vergeblich mit Thyreoidextrakt behandelt worden.

Als **Mykosis fungoides** oder **Sarcomatosis cutis** wird ein Fall aufgefafst, in welchem sich besonders am Knie derbe, auf Druck schmerzhafte, subkutan gelegene, von etwas bläulich verfärbter, vorschieblicher Haut unterzogene, nufsgrofse Knoten gebildet hatten. Im Jahre vorher war derselbe Fall von Prof. Janowski als Psoriasis aufgefafst worden, mufs also ein ganz anderes Bild gegeben haben. Bemerkenswert ist, dafs nach Jodgebrauch derbe, später wieder schwindende Tumoren an der Körper-

oberfläche auftreten, und dafs an Stellen, wo Excisionen gemacht sind, keloidartige Narben sich bilden.

Arning-Hamburg weist bei diesem Falle auf die Arsenikhände hin; in der Hohlhand über den Ballen der einzelnen Finger sieht man starke Epithelverdickungen.

Leukoplakie bei einer luetischen Frau demonstriert Neisser-Breslau. Es ist der zweite Fall, den er gesehen. Die Frau ist vor 15 Jahren einmal antiluetisch behandelt worden.

Janowski-Prag weist auf die Leukoplakie der Vaginalschleimhaut hin, die in einem Falle zu kraurotischen Veränderungen geführt hatte. Er macht dann darauf aufmerksam, dafs bei Luetikern da, wo früher Plaques gesessen haben, später oft leukoplakische Stellen und im Alter dann zuweilen Carcinom entsteht. Es sind diese Folgezustände nicht im wahren Sinne rein luetische, es sind Erkrankungen sui generis, durch vorhergehende Lues begünstigt.

Ehrmann-Wien bestätigt die Ausführungen des Vorredners. Wenn man darauf achtet, findet man bei vielen Menschen ohne Lues (ca. 60%) Psoriasis mucosae oris.

Grünfeld-Wien: Die Leukoplakie ist kein Zeichen der Syphilis; diese ist nur eines der Irritamente.

Van Hoorn hat von Ichthyolanwendung Besserung bei Leukoplakie gesehen.

Touton-Wiesbaden demonstriert Präparate von **Molluscum contagiosum,** dessen Kontagiosität nicht zu bezweifeln ist. Er hält das Leiden für eine richtige Gregarinenkrankheit. Zur Beurteilung sind aber Schnittpräparate nicht geeignet, sie geben keinen ordentlichen Aufschlufs über die Zellen und etwa in ihnen Enthaltenes. Er hat deshalb die Maceration in indifferenten Kochsalzlösungen vorgezogen und dann untersucht. Er zeigt die naturgetreuen Zeichnungen vor.

Zur Färbung von Keratohyalin empfiehlt Herxheimer-Frankfurt a. M. eine neue Methode, welche vor den sonst auch geeigneten Methoden von Gram und Weigert Vorzüge hat. Die Schnitte kommen eine halbe Stunde in Anilinwasser-Methylviolett, nachdem sie 24 Stunden in absolutem Alkohol gelegen. Sodann werden sie auf den Objektträger gelegt, abgetupft und Mentholvasogen langsam aufgeträufelt, bis ein schwach blauer Ton zurückbleibt. Abtupfen. Kanadabalsam. Neben dem Keratohyalin werden die Stacheln, die Epidermisspiralen, die elastischen Fasern auf diese Weise gefärbt.

O. Rosenthal-Berlin: **Beitrag zu den blasenbildenden Affektionen der Mundschleimhaut.** R. spricht sich dahin aus, dafs nach seiner Überzeugung der Pemphigus kein einheitliches Krankheitsbild sei, sondern dafs derselbe ein Konglomerat der verschiedensten Affektionen darstelle, das noch der Sichtung bedarf. Die blasenbildenden Affektionen der Mundschleimhaut sind noch weniger bekannt; es rührt das daher, dafs die Efflorescenzen auf den Schleimhäuten selten zur Beobachtung kommen, da sie durch Traumen zerstört werden und so den verschiedensten morphologischen Veränderungen ausgesetzt sind. Auch ist man häufig nur im stande, unter Zuhülfenahme der Erscheinungen auf der äufseren Haut eine Diagnose zu stellen. Hierzu kommt schliefslich, dafs den Schleimhautaffektionen bei den verschiedensten Krankheiten erst seit noch nicht zu geraumer Zeit die genügende Aufmerksamkeit geschenkt wird. R. berichtet ausführlich über drei Fälle von Blasenbildungen an den verschiedensten Stellen der Mundschleimhaut, die mit einer gleichen Affektion an den Genitalien verbunden waren. Die cyanotische Basis und der hellrote Rand liefsen die Diagnose auf Erythema bullosum, eine Morphe des Erythema exsudativum multiforme, stellen. In den drei Fällen war keine andere Stelle des Körpers afficiert, aber es traten nach mehr oder minder grofsen Zwischenräumen eine Reihe von Recidiven auf, die stets nur dieselben Stellen befielen. R. geht dann eingehender auf die Differentialdiagnose

der hier in Betracht kommenden Affektionen ein: Pemphigus, Herpes, Herpes iris, Urticaria bullosa, Aphthen und Syphilis. Auf Grund dieser Beobachtungen kommt er zu dem Resultat, daſs der recidivierende solitäre Pemphigus der Mundschleimhaut und der anderen zu Tage liegenden Schleimhäute, sobald keine anderen Erscheinungen von Blasenbildungen auf der äuſseren Haut vorhanden sind, als Erythema bullosum zu bezeichnen sei, und daſs die meisten der bisher als Urticaria, Herpes etc. der Mundschleimhaut beschriebenen Affektionen dieser Krankheitsgruppe angehören. Ebenso glaubt er, daſs eine ganze Gruppe von pemphigoiden Erkrankungen der äuſseren Haut dem Erythema exsudativum multiforme angehört.

Herxheimer - Frankfurt a. M. schlägt zur Behandlung des Pemphigus Darmeingieſsungen mit Kochsalzlösungen vor.

Neisser - Breslau hat bei Pemphigus Strychnin versucht, und zwar nicht ohne Erfolg.

Ledermann - Berlin berichtet über Blasen der Mundschleimhaut bei Impetigo contagiosa.

Heller-Charlottenburg zeigt Präparate von der **glatten Atrophie des Zungengrundes**, auf die Virchow schon 1863 hingewiesen. G. Lewin hat gezeigt, daſs die Syphilis eines der wichtigsten ätiologischen Momente für diese Anomalie bilde, welche ausgehe von den am Zungenrande liegenden Balgdrüsen, einem Teile des lymphatischen Ringes der Rachenhöhle.

Die Ausstellung.

Mit dem Kongreſs war eine Ausstellung verbunden, die vieles Lehrreiche bot. In erster Reihe stehen natürlich die Moulagen. Es waren solche ausgestellt von Baretta - Paris, Henning - Wien, Lassar - Berlin, C. Berliner-Berlin, Jacobi-Freiburg i. B. Es dürfte natürlich erscheinen, daſs man unwillkürlich dazu geneigt war, einen Vergleich zwischen den verschiedenen künstlerischen Leistungen anzustellen, und da glaube ich nicht fehlzugehen, wenn ich sage, daſs die meisten darin einig waren, den Barettaschen Präparaten den Preis zuzuerkennen. Sicherlich findet man bei ihnen die feinste Ausführung; die Abstimmung des Hauttones, der Farbennuancen ist eine so kunstvolle, die Darstellung der Niveaudifferenzen eine so plastische, daſs man den Präparaten die gröſste Bewunderung unwillkürlich zollen muſs. Ein wahres Musterstück war beispielsweise die Urticaria, welche Baretta ausgestellt hatte; an dem Präparate konnte man so recht die Quaddel studieren. Allerdings wird man nicht umhin können, zuzugeben, daſs die hohe künstlerische Fertigkeit Barettas dazu neigt, etwas zu idealisieren; manches erscheint fast zu schön. Dennoch werden diese Präparate stets die gröſste Bewunderung finden. Das schlieſst aber nicht aus, daſs auch die anderen ausgestellten Moulagen als gut, zum Teil sogar als vorzüglich ausgeführt anerkannt werden müssen und das vollste Lob verdienen. Schade nur, daſs der hohe Preis solcher Moulagen den meisten dieselben unzugänglich macht, sie wären ja das beste Hülfsmittel zum Lernen und zum Lehren. Es muſs nun das Bestreben derjenigen sein, die das nötige Kunstverständnis und das nötige technische Wissen besitzen, ein Verfahren zu ergründen, um die einzelne

Moulage zu reproducieren, zu vervielfältigen und damit der allgemeinen Verbreitung zugänglich zu machen. Sollte es denn wirklich keine Möglichkeit geben, dieses Ziel zu erreichen, mit dessen Erreichung alle Schwierigkeiten des dermatologischen Unterrichts gehoben würden? — Eine kleine Bemerkung sei an die Erwähnung der Moulagen noch geknüpft, das ist die auffallende Differenz in der Nomenklatur der dermatologischen Affektionen. Es ist das wohl kein neues Übel, aber deshalb auch kein kleines. Auch hierin wäre, Wandel zu schaffen, dringend nötig, denn wenn die sehr erfahrenen Dermatologen sich zuweilen nicht zurechtfinden, was soll erst die jüngere Generation sagen?

Ein neues Unterrichtsmittel bot der ausgestellte stereoskopische medizinische Atlas, welcher unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen von Prof. A. NEISSER - Breslau herausgegeben wird und eine Sammlung photographischer Bilder aus dem Gesamtgebiete der klinischen Medizin, der Anatomie, der pathologischen Anatomie etc. enthält. Sind auch diese Bilder nicht koloriert, so wird doch durch die Plasticität ein nicht zu unterschätzender Ersatz geschaffen. Es ist die Betrachtung einer Reihe derartiger stereoskopischer Bilder von höchstem Interesse. Jede Tafel enthält die betreffende Krankengeschichte und etwaige Bemerkungen als Beilage und kann für sich bezogen werden (Preis 50 Pfennige); eine ganze Lieferung umfaſst 12 Bilder und kostet 4 Mark; ein stereoskopischer Apparat dazu 4,50 Mark. Die betreffenden Aufnahmen werden mit Blitzlicht gemacht; zur Reproduktion ist Kupferätzung gewählt. Die Bilder sind klar und scharf. Es ist dieses Unternehmen als Bereicherung des Unterrichtsmaterials freudig zu begrüſsen und warm zu empfehlen. Ohne auf die zahlreichen, zu Unterrichtszwecken dienenden Wandtafeln einzugehen, hebe ich hier noch die Ausstellung der Dauerkulturen von KRÁL besonders hervor. Interesse erregten auch die verschiedenen Krankheitsformulare, wie sie für die Klinik und Poliklinik in Breslau gebraucht werden.

In der Abteilung für Instrumente finden wir die meisten urologischen vertreten: Endoskope, Dilatatoren etc., daneben der Elektrolyse dienende, Operationstische von KOLLMANN, ULLMANN etc.

Von Chemikalien sind die meisten neueren Präparate vertreten: Aristol, Dermatol, Formalin, Argentamin etc.

Sonderbarerweise fehlen fast alle Pflaster und Seifenfabrikate; es wäre ja gerade von besonderem Interesse gewesen, dieselben nebeneinander zu sehen und miteinander vergleichen zu können.

So wäre ich denn am Schlusse meines Referates über alles, was von wissenschaftlichen Genüssen geboten wurde. Jedoch liegt der Zweck eines jeden Kongresses nicht ausschlieſslich in der wissenschaftlichen

Thätigkeit, von fast ebenso grofser Bedeutung ist die persönliche Annäherung der Kongrefsbesucher. Dieselben sollen einander kennen lernen und näher treten, um vor allem manch litterarischer Fehde jede persönliche Spitze zu nehmen abgesehen davon, dafs nach den langen Sitzungen eine Erholung jedem zu gönnen ist. Dazu ist aber nichts geeigneter, als geselliges Beisammensein. Das haben denn auch die Arrangeure des Breslauer Kongresses wohl erkannt, und was sie auf diesem Gebiete Erspriefsliches geleistet, das hat sicher die allgemeinste, uneingeschränkte Anerkennung gefunden.

Die Vorbereitungen für den geselligen Teil des Kongresses waren einfach musterhaft. Gastlicher Sinn, offene Herzen wurden den Besuchern seitens der Breslauer Kollegen in vollstem Mafse entgegengebracht. Ohne die Verdienste der anderen schmälern zu wollen, nenne ich als besonders um den Kongrefs verdient Prof. Neisser, Primärarzt Jadassohn und Dr. Chotzen. In erster Reihe war es Prof. Neisser, welcher stets auf dem Posten war, jeder Kleinigkeit sein Interesse zuwandte und die edle Gastlichkeit im vollsten Mafse übte, so dafs ihm Aller Herzen entgegenschlugen. Umringt von seinen zahlreichen Schülern, bildete er den wahren Mittelpunkt des Kongresses. Abgesehen von den privaten Diners bei den drei obengenannten Kollegen, fand den 15. Mai ein officielles Diner statt, bei dem es an zahlreichen Reden natürlich nicht fehlte. An dasselbe schlofs sich dann die „Primärvorstellung ohne Recidive“ von einer aufsergewöhnlich geistvollen und satirischen Operette: „Bacillenliebe“, welche die Zuhörer in die fröhlichste Stimmung versetzte. Am zweiten Tage waren die Kongrefsbesucher einer Einladung des Kollegen Jadassohn, am dritten einer Einladung sämtlicher Breslauer Dermatologen zum Frühstück gefolgt. Kurz, es war dafür gesorgt, dafs man in allen von Sitzungen freibleibenden Stunden in Ausnutzung der Gastfreundschaft sich zu geselligem Beisammensein vereinigte.

Die Breslauer Kollegen werden sicher nach der schweren Arbeit, die ihnen der Kongrefs auferlegte, aufatmen, alle aber, die aus der Ferne ihrem Rufe gefolgt waren, werden ihnen, und vor allem Prof. Neisser, herzlichsten Dank wissen für den gastlichen und wahrhaft kollegialen Sinn.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. April 1894.

Vorsitzender: E. Besnier.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Baudoin: **Wachstumsstillstand und Knochenmifsbildung, scheinbar auf syphilitischer Grundlage.**

G. Baudoin stellt in seinem eigenen und im Namen von Capitan ein $9^1/_2$jähriges Mädchen vor, das höchstens wie ein 5jähriges, noch dazu kränkliches Kind aussieht.

(Seine Länge beträgt nur 1 m; sein Gewicht 22 kg). Trotz des recht intelligenten Gesichtsausdrucks fängt sie jetzt erst an, lesen zu lernen, und ihre geistige Entwickelung hält mit der körperlichen Schritt.

Die Unterbrechung im normalen Wachstum mit den sie begleitenden Mifsbildungen fing im sechsten Monat an. Damals trat nämlich bei dem Kinde, das sich bis dahin ganz wohl befunden hatte, eine Schwellung im unteren Teile der beiden Oberschenkelknochen und im oberen Teile der beiden Tibiae nebst Knochenverkrümmung auf. Diese Erscheinungen verschlimmerten sich noch bis zum 14. Monat und hinterließen die jetzt noch vorhandene Mifsbildung, die namentlich in einer Verdickung der Ober- und Unterschenkelknochen besteht und den Eindruck einer spezifischen Ostco-Periostitis macht. Die Unterschenkel zumal haben in ihrer Form solche Ähnlichkeit mit einer Degenklinge, dafs man im ersten Augenblick unwillkürlich an ererbte Syphilis denken mufs.

Nun bestehen aber bei dem Mädchen eine grofse Anzahl anderer Abnormitäten die sämtlich auf Rhachitis hinweisen: Verdickungen der Epiphysen der langen Röhrenknochen, aufgetriebener Leib, beträchtliche Verkrümmung (Ensellure) der Wirbelsäule, starkes Hervorspringen des Thorax, Auftreibung der Stirnhöcker; die Zähne sind unvollständig, sie stehen schief, sind teils frühzeitig kariös, teils verkümmert, jedoch weist kein Zahn die Hutchinsonschen Merkmale auf.

Auch sonst bestehen keine Veränderungen, die für Syphilis sprächen; desgleichen liefert die Anamnese der Eltern hierfür keinen Anhalt. Der Vater und die Mutter sind nur beide sehr nervös; die Mutter hat im ganzen drei Kinder gehabt (zwei Töchter und einen Knaben) und hat niemals abortiert. Die Schwester der Kranken ist 14 Jahre alt und wohlgebaut, nur etwas neuropathisch; der 5jährige Bruder, befindet sich wohl und ist für sein Alter eher grofs zu nennen. So kann es sich in diesem Falle also nur entweder um eine Rhachitis handeln, die unter dem Bilde einer Syphilis hereditaria verläuft, oder um eine spezifische hereditäre Mifsbildung, die von einer vollkommen latent verlaufenen Syphilis herrührt. Auf jeden Fall handelt es sich hier um einen neuen Beleg dafür, wie unendlich schwierig derartige Mifsbildungen oft ätiologisch zu beurteilen sind.

Louis Wickham: **Erythrodermie bei Mykosis fungoides. Scarlatiniforme Varietät.**

Es handelt sich um einen Kranken von 57 Jahren, der an allgemeiner Erythrodermie leidet. Diese Form ist sehr selten. Trotzdem man sie aber nicht häufig zu Gesicht bekommt, ist sie nach Wickham doch leicht zu diagnosticieren, etwas, was für die anderen Formen der Erythrodermia generalisata bei Mykosis fungoides, falls nicht gleichzeitig mykotische Geschwülste vorhanden sind, nicht zutrifft.

Bei dem in Frage stehenden Patienten beobachten wir folgende Symptome:

1. Eine diffuse, über den ganzen Körper bestehende sehr starke Rötung.
2. Eine Verdickung und eigenartige Konsistenz der Haut.
3. Trockenheit, fast ohne jede Abschuppung.
4. Eine geringfügige Vergröfserung der Falten und Poren der Haut.
5. Die Lockerheit der Haut, die stellenweise wie ein schlaffer Sack aussieht.
6. Die beträchtliche Schwellung der Drüsen in den Leisten, den Achseln u. s. w.
7. Das wechselweise anschwellende und nachlassende Jucken. Hyperästhesie.

Diese Symptome bestehen seit 18 Monaten und haben sich allmählich eingestellt. Die Generalisation ist erst seit zwei Monaten eine vollständige.

Die Beschaffenheit des Harns deutet auf einen gesteigerten Stoffwechsel; derselbe enthält Urobilin.

Das Blut enthält ein weifses Blutkörperchen auf 654 rote, so dafs also keine Leukämie besteht.

Wiewohl sich nun in diesem Falle bis jetzt keine mykotischen Geschwülste gezeigt haben, so liegt doch ein Vergleich mit früheren, im Hôpital Saint-Louis beobachteten Fällen nahe. Dieselben verliefen alle so, dafs früher oder später auch Geschwülste hinzukamen. Demnach handelt es sich also auch in unserem Falle um eine Mykosis fungoides.

Feulard: **Syphilis hereditaria bei einem fünfmonatlichen Kinde.** Der Vater nicht syphilitisch. Die Syphilis der Mutter nicht erkannt; dieselbe ist wahrscheinlich Schwangerschaftssyphilis aus einer früheren Ehe.

Feulard stellt ein Kind von fünf Monaten vor mit Plaques am After und auf der Darmschleimhaut, mit Syphiliden am Hodensack, auf dem Glied, den Lippen, dem Pharynx, den Augenlidern, sowie mit einigen Hautplaques. Es besteht Heiserkeit, aber kein Schnupfen. Das Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet. Das Kind ist grofs und dick und wird von der Mutter genährt.

Diese hat vor dem linken Ohre einen grofsen Herd tuberkulöser Syphilide, desgleichen ein Syphilid in der linken Hohlhand. Sie weifs von keinem voraufgegangenen Symptom von Syphilis zu erzählen und hat keine Ahnung von der wahren Natur der Krankheit, an der sie und ihr Kind leiden. Ein älteres Kind von $2^1/_2$ Jahren ist vollkommen frei von Syphilis, desgleichen der Gatte. Die Frau ist aber schon einmal verheiratet gewesen und hatte von ihrem ersten Manne, von dem sie geschieden ist, zwei Kinder, die beide mit zehn Wochen starben. Über die Todesursache der Kinder und über den Gesundheitszustand ihres ersten Mannes konnte sie leider keine Auskunft geben.

Wie haben wir uns den Fall nun zu erklären? Es klingt sehr unwahrscheinlich, anzunehmen, dafs die Frau von ihrem ersten Manne, wahrscheinlich auf dem Wege der Schwängerung, inficiert wurde; dafs die Syphilis, wie das ja allerdings nicht ganz selten ist, bei ihr keine weiteren Symptome machte, dafs dieselbe aber stark genug war, um den Tod der beiden Kinder herbeizuführen; dafs die Syphilis dann aber nach mehreren Jahren, im Verlauf der vierten Schwangerschaft, sich wieder zeigte und, da sie schon abgeschwächt war, bei der Mutter nur wenige unbedeutende Erscheinungen auf der Haut und bei ihrem vierten Kinde desgleichen nur einige gutartige Plaques veranlafste. Viel näher läge die Annahme, die Frau habe sich die Syphilis aufserehelich zwischen der dritten und vierten Schwangerschaft geholt. Indessen, ganz abgesehen davon, dafs gar kein Grund vorliegt, die Frau nach dieser Richtung zu verdächtigen, so wäre es doch auch wunderbar, dafs eine so frische Syphilis Symptome machen sollte, wie sie gewöhnlich nur einer veralteten Lues zukommen. Auch die Thatsache, dafs der Geburt eines syphilitischen Kindes diejenige eines gesunden Kindes voraufging, vermag die Annahme einer alten Syphilis nicht zu entkräften, denn das kommt nicht so ganz selten vor, dafs eine syphilitische Mutter ebensolche Kinder zur Welt bringt, nachdem sie vorher gesunde Kinder geboren hatte. Mag man nun aber diese Hypothese, dafs die Frau von ihrem ersten Manne angesteckt wurde und die Syphilis auf die Kinder des zweiten Mannes übertrug, gelten lassen oder nicht, immerhin bleibt merkwürdig, dafs die Frau von ihrer Syphilis gar keine Ahnung hatte und ohne die Geburt eines syphilitischen Kindes vielleicht noch weiter in dieser Unkenntnis geblieben wäre.

Hallopeau: **Über einen Fall von Lepra anaesthetica mit eigentümlicher Mifsbildung der Hände und Erhaltenbleiben der Wülste am Thenar und Hypothenar — entgegen dem Hansenschen Gesetz.**

Hansen hat vor einiger Zeit die Behauptung aufgestellt, dafs bei Lepra der

Hände die Vorsprünge am Thenar und Hypothenar immer atrophieren. Er erblickt in diesem Verhalten ein Gesetz, denn er beruft sich auf das Fehlen dieser Atrophie als Beweis dafür, daſs derartig geformte Hände, wie ZAMBACO sie beschrieben habe, nicht als leprös erkrankt zu betrachten seien. Der von mir vorgestellte Patient beweist nun, daſs HANSEN in seiner Auffassung zu weit geht; denn es sind hier so viele charakteristische Merkmale der Lepra vorhanden, daſs die Diagnose ganz unanfechtbar ist. Und namentlich an den Händen treten diese Symptome so recht deutlich hervor, denn hier besteht hochgradigste Verkrümmung der Finger, die bis auf die beiden Daumen jetzt atrophiert und sklerosiert sind, nachdem sie vorher sehr stark geschwollen waren; auſserdem sind sie auf die Rückenfläche der Hände umgeschlagen und stark nach dem Kubitalrand hin gebogen. Der kleine Finger bildet einen Haken (anse) mit nach oben gerichteter Konkavität mit dem Rande der Metakarpalgegend; die letzten Phalangen sind stark atrophisch, die Anästhesie daselbst eine vollständige. Trotz dieser tiefgreifenden Zerstörungen sind nun aber die Wülste am Thenar und Hypothenar an der linken Hand ganz normal vorhanden und an der rechten nur teilweise hypertrophiert. HANSEN ist also im Unrecht, wenn er auf Grund seiner Annahme die ZAMBACOsche Diagnose bekämpft.

THIBIERGE: **Epithelioma serpiginosum der Stirngegend.** Verwechselung zwischen einem Epitheliom der Haut und tertiären Syphiliden nicht ausgeschlossen.

G. THIBIERGE stellt einen 49jährigen Patienten vor, der niemals syphilitisch war und der jetzt in der Schläfengegend ein überhandgroſses Geschwür hat. Dasselbe ist in der Mitte vernarbt und von einem harten Saume begrenzt. Klinisch stellt es sich als ein Epitheliom dar, und diese Diagnose wurde auch durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Das Leiden begann vor 18 Jahren. Vor drei Jahren war Patient nach einer Behandlung mit Quecksilber und Jod vorübergehend geheilt; seitdem hatte diese Behandlung nur sehr mangelhaften Erfolg. Der harte Saum besteht erst seit wenigen Monaten; vorher war das Geschwür scharf umrandet und glich eher einem Syphilid als einem Epitheliom. Da aber das Wachstum der Ulceration ein ganz regelmäſsiges ist, auch weder Neigung zu Wucherungen, noch zu Störungen in der Tiefe besteht, so kann man mit dem besten Willen nicht behaupten, hier ein Epitheliom vor sich zu haben, das auf syphilitischen Geschwüren gewachsen sei. Vielmehr muſs man zugeben, daſs ein Epitheliom bisweilen lange Zeit als ein Syphilid erscheinen kann, daſs es sogar nach einer spezifischen Behandlung anscheinend zu heilen und erst spät sein gewöhnliches Aussehen anzunehmen vermag.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Besprechungen.

Annales des maladies des organes genito-urinaires.

1894. Heft 3. März.

I. **Der Katheterismus und die Antisepsis**, Vorlesungen von Prof. GUYON, gesammelt von Dr. HALLÉ. In ausführlicher Weise wird über die Maſsnahmen berichtet, welche im Hôpital Necker für die Asepsis und Antisepsis in einem Teile der Urologie für nötig erachtet werden. Hiervon sei das Wichtigste hervorgehoben.

1. Sterilisation der Sonden (Katheter).

Nötig ist sowohl die Sterilisation der Instrumente selbst, als auch die Erhaltung des sterilen Zustandes bis zu dem Moment, da man sie in Gebrauch nimmt. Bei

Metallsonden und Kathetern von vulkanisiertem Kautschuck hat dies keine Schwierigkeit, da sie ja beide hohe Temperaturen und letztere längerdauernde antiseptische Bäder vertragen, aber Gummisonden und Katheter bereiten mehr Schwierigkeiten und setzen ganz bestimmte Bedingungen voraus; insbesondere folgende Faktoren kommen in Betracht: Möglichst grofse Lichtung, glatte innere Oberfläche, vollkommene Reinigung und Austrocknung, Fehlen eines Hohlganges zwischen Katheterauge und -ende und schliefslich trichterförmige Verbreitung des Katheters am Anfangsteile. Für die Sterilisation selbst kommen in Betracht: physikalische und chemische Mittel.

A. Sterilisation durch trockene Hitze.

Im Heifsluft-Sterilisator können Metallinstrumente ohne weiteres sterilisiert werden; gut fabricierte Gummikatheter verlangen besondere Vorsicht, namentlich müssen sie innen und aufsen vor dem Einlegen in den Apparat sorgfältig getrocknet sein und jede Berührung mit der Wandung des Sterilisators, besonders der unteren, vermeiden. Letztere Bedingung erreicht man auf verschiedene Weise: 1. Indem man die Sonden nur in engen Glasröhren einschliefst, wobei der Schnabel des Katheters durch einen Wattetampon vom Boden des Rohres getrennt bleibt; der Verschlufs der Glasröhre geschehe durch sterilisierte Watte oder sterilisierten Kautschuckpfropf. 2. Indem man die Katheter vor der Sterilisation in mehrere Lagen Filtrierpapier einwickelt. 3. Indem man die Instrumente in einer Pulvermischung von Talk und Borsäure sterilisiert. Dank diesen Vorsichtsmafsregeln kann man gute Gummisonden wenigstens zehnmal einer Temperatur bis zu 140° aussetzen und zwar eine Viertelstunde lang.

Um ein vollkommenes Trockenwerden zu erzielen, hat Janet einen Apparat ersonnen, in welchen die Katheter vor der Sterilisation zu bringen sind. Er besteht aus einem Kasten, welcher eine durchlöcherte Platte enthält. Auf diese legt man die Instrumente; unter der Platte befindet sich Chlorcalcium, man schliefst ab und erzielt nach 48 Stunden völlige Austrocknung der Katheter.

B. Feuchte Hitze (Wasserdampf).

1. Wasserdampf unter einem Druck von über 100°. Die eine Viertelstunde lang im Dampfsterilisator bei 115—120° ausgesetzten Katheter werden sicher sterilisiert, aber die besten werden bald weich, besonders bei Wiederholung des Verfahrens. Nach der Sterilisation bewahrt man sie am besten in Filtrierpapier auf.

2. Der Dampf kochenden Wassers bei 100° bietet keine Vorteile.

3. Wichtiger ist kochendes Wasser bei 100°, besonders weil es überall leicht zu beschaffen ist. Spritzt man heifses Seifenwasser in den Katheter (zwei Minuten lang), so schädigt man denselben wenig; kocht man ihn hierauf 5—10 Minuten lang aus, so erhält man zuverlässige Sterilisation des Instrumentes, das neu oder gebraucht sein kann. Nur wenn der Katheter längere Zeit einen Überzug von Karbolöl, Vaselin, Glycerin und ähnlichem getragen hatte, ergab die Einseifung und Auskochung nicht so günstige Resultate; es hat sich als nötig herausgestellt, dafs der betreffende Überzug nach jedesmaligem Gebrauche sofort abgewaschen werde.

Die Sterilisation durch chemische Mittel bezieht sich auf die Aufbewahrung oder das Verweilen der Sonde in den verschiedenen antiseptischen Mitteln, entweder flüssigen oder gasförmigen.

A. Flüssige Antiseptica.

Sie haben alle den Übelstand, dafs der lange und ununterbrochene Aufenthalt der Katheter in denselben sehr schnell diese Instrumente verdirbt. Aufserdem imprägnieren sich dieselben durch längeres Verweilen mit dem betreffenden Antisepticum und können dann reizend und ätzend wirken.

B. Gasförmige Antiseptica.

Bis jetzt sind nur zwei studiert worden: die schweflige Säure in Dampfform und die Dämpfe des Quecksilbers.

Die schweflige Säure, zu deren Entwickelung und Verwendung bestimmte Apparate nötig sind, erzielt nach drei Stunden eine völlige Sterilisation. Hierauf werden die so sterilisierten Katheter in einer Lösung von Hydrargyrum bijodatum (0,25 ‰) einige bis mehrere Stunden lang aufbewahrt, bis man sie benötigt. Eventuell können sie auch in Karbolgaze eingewickelt bleiben. Billigkeit des Mittels, geringe Verderbnis der Instrumente, Sicherheit der Sterilisation lassen die Dämpfe der schwefligen Säure empfehlen. Dagegen haben die Quecksilberdämpfe keine befriedigenden Resultate ergeben.

Während nun die Sterilisation der Katheter fast nur im Spital und vom Arzte ausgeübt wird, läſst sich die Anwendung des Katheters von seiten der Kranken wohl einschränken, aber nicht umgehen; möglichst gute und kurze Vorschriften sollen Verwendung finden.

2. Der Katheterismus.

Alle Vorsichtsmaſsregeln sollen hier getroffen werden, die auch sonst heutzutage üblichen Operationen vorausgehen, also Desinfektion der Hände, des Operationsfeldes und der Instrumente. Es muſs Rücksicht darauf genommen werden, daſs die Harnröhre mehr oder weniger verdächtige Bakterien enthält, sowie darauf, ob bereits eine Infektion des Harns stattgefunden hat oder nicht. Namentlich kommen aseptische Harnverhaltungen in erster Linie in Betracht. Nur der Arzt soll hierbei zuerst katheterisieren. Besonders gefährlich kann der Katheterismus werden, wenn er bei beginnender Nierenaffektion oder Hämaturie unnötigerweise und nicht aseptisch ausgeführt wird. Besteht keine Infektion in den Harnwegen, so leistet die Asepsis allein schon Vortreffliches, durch Hinzutreten antiseptischer Maſsnahmen werden die Resultate sicherer, und besteht eine Infektion, ist die Antisepsis unumgänglich. Wichtig sind also: Reinigung des Gliedes mittelst Sublimat, 1 ‰, Auswaschung der Harnröhre mittelst Borsäure und von groſser Bedeutung die Auswaschung der Blase mittelst Argentum nitricum, 1 : 1000, falls irgend eine Infektion besteht. In gleichen Fällen könnten auch 3—4 %ige Instillationen in die hintere Harnröhre und Blase in Betracht kommen.

Muſs man den Katheterismus dem Patienten und seiner Umgebung überlassen, so empfiehlt es sich, die Vorschriften zur Asepsis und Antisepsis möglichst zuverlässig und doch nicht umständlich zu geben. Namentlich sollen mehrere Katheter mit weitem Lumen und zwei Öffnungen, wie sie die aus Gummi gefertigten aufweisen, zur Benutzung kommen. Durch Abseifen und Auskochen erziele man die Sterilisation, kühlt die Instrumente in 4%iger Borsäurelösung ab; in dieser können sie auch einige Stunden bleiben, falls eines zur Nachtzeit benötigt wird. Ein kleiner Fischkessel kann schon als Sterilisator dienen. Man legt eine Kompresse oder ein Taschentuch auf die bewegliche Platte, bringt hierher die Katheter und kocht alles zehn Minuten lang aus. Hierauf kann man die Instrumente mit der Platte und dem Tuche herausnehmen und die Katheter in die Borlösung bringen. Die Reinigung der Hände, des Gliedes, die Auswaschung der Harnröhre und der Blase — wenn letztere es erfordert — verlangt die gleichen Vorschriften, wie sie die Ärzte selbst beobachten. Als Überzug der Katheter empfiehlt sich besonders eine Pomade aus gleichen Teilen Glycerin, Wasser und Seife. Dieser Überzug ist sehr löslich und also gut entfernbar. Antiseptica können demselben beigefügt werden, z. B. Sublimat 1 : 5000. Gebrauchte Instrumente können von neuem sterilisiert und wieder benutzt werden. Schärft man noch den Patienten ein, auſser den Kathetern noch die Spritzen zu sterilisieren, die Instrumente nicht mit den Möbeln, Kleidern, der Wäsche und ähnlichem in Berührung

zu bringen, so werden die in Betracht kommenden Vorschriften ausführbar sein und die Kombination von Asepsis und Antisepsis wird so manche Infektion verhüten können.

II. **Über Bakteriurie**, von KROGIUS-Helsingfors. Verfasser berichtet über acht Fälle, von denen sieben günstigen Verlauf nahmen, während in einem Falle infolge von Nephritis interstitialis der Tod eintrat. Charakteristisch für die von ihm beschriebenen Fälle war einerseits die Gegenwart von Bakterien in enormer Zahl im frisch gelassenen Urin, andererseits die Abwesenheit von deutlichen Zeichen eines entzündlichen Prozesses in den Harnwegen. Die Bakterienart erwies sich nach Kulturversuchen deutlich als Bacterium coli commune. Der Urin zeigte die seit ROBERTS öfters beschriebenen physikalischen Eigenschaften: Trübung, Opalescenz, beim Schütteln Wellenbewegung, eigentümlich faden Geruch, saure Reaktion. Die Trübung bleibt im allgemeinen beim Erhitzen und bei Zusatz von Essigsäure unverändert. Die lokalen Störungen sind meistens gering oder fehlen; sechs Patienten von KROGIUS empfanden weder Schmerzen noch gröfseren Harndrang. Wie die örtlichen, so können auch die Allgemeinstörungen völlig fehlen, aber manchmal wird die Bakteriurie von schweren Symptomen begleitet, wie bei Urininfektion. Man trifft dann wiederholte Fieberanfälle, andauerndes Fieber, Appetitmangel, Milzschwellung etc. Dann können leicht Fehler in diagnostischer Hinsicht vorkommen.

Was die Entstehung der Bakteriurie anbelangt, so hat man wohl den Katheterismus, schlechte Ventilation, Malaria, Prostatitis und Prostataabscesse als Ursachen angegeben, aber damit ist die Anwesenheit des Bacterium coli commune in der Blase durchaus nicht stets erklärt. Auch KROGIUS giebt verschiedene Bedenken kund und fordert zu weiterem Studium auf. Die Prognose stellt KROGIUS sowohl für die örtlichen, als allgemeinen Symptome als gewöhnlich günstig dar; örtliche Behandlung der Blase (mit Ausspülungen und Einträufelungen von Argentum nitricum) befreien die Blase endgültig von den unangenehmen Gästen. Nur manchmal wollen diese trotz der energischen Behandlung nicht weichen. Als innerliches Medikament erzielt gelegentlich Salol (5—6 g pro die), der örtlichen Behandlung zugefügt, ebenfalls einen Nutzen.

III. Einige neue oder vervollkommnete Instrumente, welche zur Behandlung von **Erkrankungen der Harnorgane** bestimmt sind, von JANET. Die Beschreibung aller dieser Apparate, welche an der GUYONschen Klinik verwendet werden, würde zu viel Raum beanspruchen; es sei daher auf das Original verwiesen. Nicht ohne Interesse erscheint, dafs einige Modelle von Spritzen hierbei erwähnt werden, die von deutscher Seite angegeben sind (OBERLÄNDER, WINDLER, JADASSOHN).

IV. **Polyurie**, welche zwei Jahre vor dem Erscheinen von Morbus Basedowi beobachtet wurde. DU BOURGUET und LEGRAIN beobachteten bei einem schon längere Zeit von Polyurie betroffenen 25jährigen Sträfling dieses Symptom. Nebenbei bestand grofser Durst und Vielgefräfsigkeit. Die pro die abgesonderten Urinmengen beliefen sich auf 18—21½ l. Im übrigen war keine wesentliche funktionelle Störung zu konstatieren. Die Behandlung mit verschiedenen Arzneimitteln (Valeriana, Eisen, Bromkalium) brachte keine Besserung, eher eine Verschlechterung: einmal stieg die Urinmenge auf 36 L pro Tag. 14 Monate später sahen die Beobachter den Kranken wieder und konstatierten nun Morbus Basedowii als Ursache. Nimmt man an, dafs der Sitz dieses Leidens in der Regio bulbo-protuberantialis sich befindet, so genügt es, dafs die anfängliche Schädigung ein wenig unterhalb der Ursprungsstellen der Vagi lokalisiert ist (CLAUDE BERNARD). Jedenfalls zeigt obige Beobachtung, dafs der Name Polyurie nur eine vorläufige Bezeichnung darstellt; solange andere Symptome fehlen, kann daraus allein nicht mit Sicherheit die Diagnose auf Morbus Basedowii gestellt werden; der Verdacht auf dieses Leiden wird jedoch wachgerufen. *Neuhaus-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1894. Heft 2.

I. **Beitrag zur Histologie des Epithelioma pavimentosum** (Carcinom der Haut), von S. Keser-Genf. Verfasser will in dieser Arbeit namentlich folgende Frage beantworten: Handelt es sich bei den im Epithelioma beobachteten und als Coccidien beschriebenen Figuren um wirkliche Parasiten oder nicht? Seine Untersuchungen hat er hauptsächlich an Präparaten angestellt, die von einem gelappten Epitheliom der Lippe herstammten, Pflasterzellen enthielten und reich an Epidermiskugeln waren.

K. hat in diesen Präparaten, die fast ausschliefslich mit Eosin oder Hämatoxylin oder mit beiden gefärbt wurden, mit Leichtigkeit die auch von anderen Autoren (Borrel, Darier, Wickham) beschriebenen Figuren gefunden, aber seine Untersuchung, die sich namentlich auf die Entstehung und das Wachstum derselben bezog, führte ihn zu einer ganz anderen Auslegung ihrer Bedeutung. Danach bilden sie sich aus mehrkernigen Zellen, deren Protoplasma einer besonderen Degeneration anheimfällt; diese Degeneration hebt um den älteren Kern an und erstreckt sich nach und nach über die ganze Zelle. An der Hand sehr wohlgelungener Abbildungen weist Keser nach, dafs allmählich durch zunehmende Degeneration aus einer mehrkernigen Epithelzelle ein derartiges Gebilde entsteht, wie es Fig. 4 a und b der beigegebenen farbigen Tafel darstellt und wie es schon vor ihm von anderen Forschern beschrieben wurde. Gegen die parasitäre Natur dieser Gebilde spricht ferner, dafs K. sie auch in einem anderen normalen Gewebe, in der Vorhaut des Foetus nämlich, gefunden hat, wo jede Parasitenbildung ausgeschlossen ist. Endlich finden sich im Epitheliom auch weder Sporen noch sporenhaltige Cysten.

Trotz dieses negativen Befundes mag aber manche Krebsform ebensogut irgend einen Mikroorganismus, wie einer chemischen oder mechanischen Einwirkung ihre Entstehung verdanken.

Ein reichhaltiges Verzeichnis der einschlägigen Litteratur ist der Arbeit beigegeben.

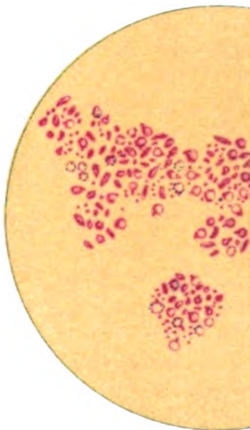
II. **Über einen weiteren Fall von angeborener Elephantiasis**, von Moncorvo. Sowie Moncorvo einer der Ersten war, der auf das Vorkommen der Elephantiasis bei Kindern und bei Neugeborenen hinwies, so ist er auch stets um Veröffentlichung weiterer Fälle bemüht.

In dem vorliegenden Falle handelt es sich um ein in der Provinz Rio de Janeiro zur Welt gekommenes Negerkind mit einer ungeheuren elephantiastischen Verdickung des rechten Fufses. Bemerkenswert an diesem Falle ist, dafs hier zum ersten Male an einem Negerkinde angeborene Elephantiasis beobachtet wurde und dafs die Mutter im dritten und vierten Monate der Schwangerschaft mehrfache Anfälle von Lymphangitis der rechten Unterextremität zu bestehen hatte, die sich mit Schüttelfrost und Fieber vergesellschafteten. Wohl mit Recht erblickt M. hierin eine Ursache für die kindliche Mifsbildung. *Türkheim-Hamburg.*

3.



5.



Verlag v. Leopold Voss

Sachverzeichnis.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Internationaler Atlas
Seltener Hautkrankheiten.

International Atlas of Rare Skin Diseases. | **Atlas International des Maladies rares de la Peau.**

Herausgegeben von

P. G. UNNA HAMBURG. **MALCOLM MORRIS** LONDON. **H. LELOIR** LILLE. **L. A. DUHRING** PHILADELPHIA.

Erscheint in Heften von mindestens 3 Tafeln mit Text in 3 Sprachen (deutsch, englisch, französisch). 2 Hefte jährlich für ℳ 20.—.

Heft I.

I. MALCOLM MORRIS, Lymphangioma circumscriptum.
II. P. G. UNNA, Ulerythema acneiforme.
III. H. LELOIR, Lupus demi-scléreux de la langue.

Heft II.

IV. ERNST SCHWIMMER, Sarcoma pigmentosum diffusum multiplex.
V. { ERNEST BESNIER, Keratodermia symmetrica erythematosa.
VITTORIO MIBELLI, Angiokeratoma. }
VI. A. POSPELOW, Ulcus molle mammae.

Heft III.

VII. H. HALLOPEAU, Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.
VIII. P. G. UNNA, Parakeratosis scutularis.
IX. E. C. PERRY, Adenomata of the sweat glands.

Heft IV.

X. S. POLLITZER, Acanthosis nigricans.
XI. V. JANOVSKY, Acanthosis nigricans.
XII. EMILE VIDAL, Ulcérations multiples phagédéniques de nature douteuse.
XIII. A. R. ROBINSON, Xanthoma diabeticorum.

Heft V.

XIV. H. v. HEBRA, Hyperkeratosis striata et follicularis.
XV. { E. SCHWENINGER und F. BUZZI, Multiple benigne, geschwulstartige Bildungen der Haut.
N. MANSUROFF, Un cas de dermatomycose circonscrite de la main. }
XVI. T. COLCOTT FOX, Erythema gyratum perstans in the two elder members of a family.

Heft VI.

XVII. MITCHELL BRUCE, Anomalous discolouration of the skin and mucous membranes.
XVIII. L. JACQUET, Ulcères trophiques. Syringomyélie. (Myélite Cavitaire.)
XIX. { S. GIOVANNINI, Canities unguium.
P. G. UNNA. Leukonychia et Leukotrichia. }

Heft VII.

XX. ERNEST BESNIER, Farcin chronique térébrante.
XXI. G. LEWIN und J. HELLER, Cornua cutanea syphilitica.
XXII. H. G. BROOKE, Keratosis follicularis contagiosa.

Heft VIII.

XXIII, XXIV. J. DARIER, Deux cas de la maladie dite „Psorospermose folliculaire végétante“.
XXV. E. SCHWENINGER und F. BUZZI, Zwei Fälle von Darierscher Dermatose.

Heft IX.

XXVI. V. BABES, Sur une forme particulière de pemphigus malin.
XXVII. { V. MIBELLI, Forme non commune de Kératodermie: Porokeratosis.
A. SACK, Psoriasis conjunctivae palpebrarum (Ps. ophthalmica). }
XXVIII. P. TOMMASOLI, Akrokeratoma hystriciforme hereditarium.

Heft X.

XXIX. V. JANOVSKY, Perifolliculitis necrotica.
XXX. H. RADCLIFFE CROCKER, Milium congenitale (en plaques).
XXXI. { E. VON DÜRING, Sklerodactylia annularis aïnhumoïdes.
P. G. UNNA, Asphyxia reticularis multiplex. }



